

**¿Cuáles son las principales causas que generan inconvenientes en la Salud Pública
en Bogotá D.C?**

(Periodos – Samuel Gustavo Moreno Rojas – Gustavo Francisco Petro Urrego)

(Bogotá Positiva Para Vivir Mejor 2008 – 2012) (Bogotá Humana 2012 – 2016)

JORGE LEONARDO MARTIN SALINAS

DANIEL ALEJANDRO RAMIREZ VELASQUEZ

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LOS LIBERTADORES
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y CONTABLES
PROGRAMA ECONOMÍA
BOGOTÁ
2016**

**¿Cuáles son las principales causas que generan inconvenientes en la Salud Pública
en Bogotá D.C?**

(Periodos – Samuel Gustavo Moreno Rojas – Gustavo Francisco Petro Urrego)

(Bogotá Positiva Para Vivir Mejor 2008 – 2012) (Bogotá Humana 2012 – 2016)

JORGE LEONARDO MARTIN SALINAS

DANIEL ALEJANDRO RAMIREZ VELASQUEZ

Proyecto de grado para optar el título de economista

Director

Economista RAMIRO RODRIGUEZ REVILLA

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LOS LIBERTADORES
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y CONTABLES
PROGRAMA ECONOMÍA
BOGOTÁ
2016**

Nota de aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Bogotá de 2016

CONTENIDO

| | Pág. |
|--|------|
| INTRODUCCIÓN..... | 0 |
| 1. MARCO REFERENCIAL..... | 0 |
| 1.1 MARCO TEÓRICO..... | |
| 1.1.1 PLAN NACIONAL DE DESARROLLO HUMANO | |
| 1.1.2 PLAN DE DESARROLLO DISTRITAL “BOGOTÁ POSITIVA 2008-2012” | |
| 1.1.3 PLAN DE DESARROLLO DISTRITAL “BOGOTÁ HUMANA 2012-2016” | |
| 1.1.3.1 OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO | |
| 1.1.3.2 SALUD INFANTIL | |
| 1.1.3.3 SALUD MATERNA | |
| 1.1.3.4 VIH / SIDA, LA MALARIA Y OTRAS ENFERMEDADES | |
| 1.1.4 SALUD EN MÉXICO | |
| 1.1.5 SALUD EN COLOMBIA | |

2. MARCO EMPIRICO

2.1 DESAGREGACIÓN GEOGRÁFICA

2.2 ORGANIZACIÓN MUNDIAL PARA LA SALUD RECURSO HUMANOS

2.3 MODELOS DE ATENCIÓN EN SALUD

2.4 OBJETIVOS DESARROLLO SOSTENIBLE

3. CUADROS COMPARATIVOS Y ANÁLISIS SECTOR SALUD PÚBLICA EN BOGOTÁ

3.1 GARANTIZAR EL DERECHO A LA SALUD

3.1.1 MAPA TERRITORIAL DE BOGOTÁ

4. MODELAMIENTO ECONOMETRICO

4.1 MODELOS QUE ESTIMA LA CAUSALIDAD DEL SERVICIO

4.2.1 ASISTENCIA A URGENCIAS

4.2.2 TIEMPO DE ATECIÓN EN URGENCIAS

4.2.3 UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

4.2.4 TIEMPO ENTRE LA SOLICITUD DE LA CITA Y LA CONSULTA

5. CONCLUSIONES

6. RECOMENDACIÓN DE POLÍTICA ECONÓMICA

7. BIBLIOGRAFÍA

LISTA DE TABLAS

TABLA 1: INTERVENCIÓN ESTRATÉGICA Y TRANSVERSAL SECTOR SALUD

TABLA 2: RECURSOS INTERVENIDOS POR EL SECTOR SALUD

TABLA 3: PROGRAMAS, PRESUPUESTO, EJECUCIÓN Y PORCENTAJE DE EJECUCIÓN

TABLA 4: ÁMBITOS DE VIDA COTIDIANA CARACTERIZADOS Y CON SEGUIMIENTO BOGOTÁ 2012 JUNIO 2015

TABLA 5: SERVICIOS DE SALUD COLECTIVA POR POBLACIÓN 2013 JUNIO 2015

TABLA 6: NUEVOS AFILIADOS RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD BOGOTÁ 2008 – 2011

TABLA 7: COBERTURAS DE VACUNACIÓN POR BIOLÓGICOS BOGOTÁ D.C 2012 SEPTIEMBRE 2015

TABLA 8: RESULTADOS DE VACUNAS POR BIOLÓGICOS MONITOREO RAPIDO DE COBERTURA

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: NÚMERO DE OPERACIONES ESTADÍSTICAS DEL TEMA DE SALUD POR NIVEL DE DESAGREGACIÓN GEOGRÁFICA

GRÁFICO 2: RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD POR REGIÓN DE LA OMS 1995 – 2004

GRÁFICO 3: MODELOS DE ATENCIÓN EN SALUD

GRÁFICO 4: NIVELES DE ATENCIÓN EN DIFERENTES ENTIDADES

GRÁFICO 5: TASA DE MORTALIDAD POR SUICIDIO POR 100.000 HABITANTES - 2009

GRÁFICO 6: EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD RÉGIMEN SUBSIDIADO EN BOGOTÁ 2010

GRÁFICO 7: ATENCIÓN PARA LA POBLACIÓN VINCULADA AÑOS 2008, 2009 2010 DISTRIBUIDO POR HOSPITALES

GRÁFICO 8: POBLACIÓN AFILIADA AL RÉGIMEN SUBSIDIADO BOGOTÁ D.C

GRÁFICO 9: AFILIACIÓN SGSSS Y PROPORCIÓN ENTRE EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO BOGOTÁ 2008 – 2015

GRÁFICO 10: COBERTURA DE VACUNACIÓN EN BOGOTÁ D.C 2006 – 2010

GRÁFICO 11: RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA POR 100.000 NACIDOS VIVOS EN BOGOTÁ D.C 2000 – 2010

GRÁFICO 12: RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA POR 100.000 NACIDOS VIVOS EN BOGOTÁ D.C 2000 – 2014

GRÁFICO 13: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL EN BOGOTÁ D.C 2000 -2010

GRÁFICO 14: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL EN BOGOTÁ D.C 2000 -2014

GRÁFICO 15: TASA DE MORTALIDAD POR NEUMONIA EN BOGOTÁ D.C 2000 – 2010

GRÁFICO 16: TASA DE MORTALIDAD POR NEUMONIA EN BOGOTA D.C 2000 – 2014

GRÁFICO 17: TASA DE MORTALIDAD ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA POR 100.000 MENORES DE 5 AÑOS 2000 – 2010

GRÁFICO 18: TASA DE MORTALIDAD ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA POR 100.000 MENORES DE 5 AÑOS 2000 – 2014

GRÁFICO 19: TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS POR 10.000 MENORES 2000 – 2010

GRÁFICO 20: TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS POR 10.000 MENORES 2000 – 2014

GRÁFICO 21: TASA DE DONACIÓN DE SANGRE 2005 – 2010

GRÁFICO 22: ÍNDICE DE SANGRE POR 1.000 HABITANTES 2012 – 2014

GRÁFICO 23: TASA DE DONACIÓN DE ORGANOS Y TEJIDOS 2012 - 2014

Resumen

En este documento se realiza un trabajo de análisis, e investigación teniendo como base uno de los objetivos del milenio (salud y bienestar), con una recopilación de información de este objetivo según sus diversas explicaciones en el PNDH 2014 - 2018 (plan nacional de desarrollo humano), BP, (Bogotá Positiva) 2008 - 2012 BH (Bogotá Humana) 2012 – 2016, teniendo como énfasis la salud pública. Se analiza los temas propuestos en los planes de desarrollo de Bogotá Positiva y Bogotá humana y sus indicadores actuales y se observa los avances que se han obtenido desde el inicio de los dos periodos, a partir de su funcionamiento hasta la finalidad del mismo. Se tendrá un análisis estadístico que permita evidenciar los cambios a lo largo de los periodos y validar la información de acuerdo con su planteamiento.

Palabras claves

Salud Pública

Regulación

Plan de Desarrollo

Objetivo del Milenio

ABSTRACT

This document presents an analysis work and research is done on the basis of one of the Millennium Development Goals (health and welfare), with a collection of information for this purpose according to their various explanations in the NHDP 2014-2018 (National Development Plan human), BP (Bogotá Positiva) from 2008 to 2012 BH (Bogotá Humana) 2012-2016, with the emphasis public health. the topics proposed in the development plans and human Bogotá Positiva and current indicators and the progress that has been achieved since the start of the two periods, from operation until the purpose of it is observed is analyzed. a statistical analysis to show changes over periods and validate the information according to your approach be taken.

INTRODUCCIÓN

A lo largo del tiempo se ha podido evidenciar que quizás uno de los mayores problemas en Colombia ha sido la Salud Pública un sector que es bastante delicado, a razón que millones de personas dependen de éste para enfrentar sus problemas de salud. Bogotá D.C por ser la capital del país demanda un alto porcentaje de usuarios de la Salud Pública, así que el incumplimiento de algunos factores como contratos y desfalcos monetarios en los periodos BP, (Bogotá Positiva) 2008 - 2012 BH (Bogotá Humana) 2012 – 2016, estas dos Alcaldías causa impactos negativos en la economía y el desarrollo humano, afectando las oportunidades de avances en tecnología e investigación en este sector.

Antes de continuar con la investigación de este documento se procederá a efectuar una pregunta para avanzar con el tema, sin embargo se debe contemplar una serie de información detallada para dar una mayor claridad. Formulando la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las principales causas que generan problemas en la Salud Pública en Bogotá D.C? Se argumenta un análisis investigativo que permita tener una claridad para las personas y contrarrestar los factores que causan un mal manejo en la Salud Pública.

La sistematización del problema radica en generar preguntas que aclaren a profundidad el tema, con la plena intención de obtener resultados y respuestas con respecto a lo formulado para cuestionar lo siguiente

¿Dónde están las entidades de control, en el cumplimiento de los planes de desarrollo de los dos periodos para Bogotá D.C? ¿Por qué las alcaldías de 2008-2012 y 2012 – 2016 no cumplen con el 100% de sus propuestas? ¿Qué factores secundarios podrían determinar las decisiones en la contratación de la Salud Pública? ¿Cuáles son las sanciones y rezagos que deja cada periodo?

En búsqueda de que el trabajo se lleve a cabo con plena confianza y seguridad, se tienen unos objetivos claros y precisos, de tal forma que se analice desde la parte general hasta la parte específica con el fin de analizar

- Cuáles son las principales causas que generan inconvenientes en la Salud Pública en Bogotá D.C,
- Determinar el comportamiento en salud pública para Bogotá D.C de acuerdo con los objetivos estipulados en cada plan de desarrollo,
- Analizar las sanciones y rezagos que deja cada periodo, con la plena intención de generar una recomendación de política económica en Salud Pública para la Alcaldía actual (Enrique Peñaloza Londoño 20016- 2020)

De acuerdo con el decreto expedido por el ministerio de salud, decreto 3039 de 2007 y la resolución 425 de 2008, se organizó un ejercicio en las principales regiones para identificar, sus oportunidades, amenazas y debilidades, y las estrategias para cada uno de los departamentos con el fin de medir el

cumplimiento de las metas establecidas en el plan de salud territorial. Aspectos en los planes territoriales que tienen una alta participación de la comunidad, las alianzas establecidas con ONG'S (organizaciones no gubernamentales) y las OPS (organización panamericana de la salud), así como el apoyo por parte de las redes sociales que han venido en un incremento y desarrollo, la eliminación de barreras de acceso a la salud por parte de la intervención estatal.

Para esto se tiene presente una metodología en el desarrollo del trabajo de investigación sobre salud pública en Bogotá, fijados en los años en mención de acuerdo con los distintos tipos de análisis se obtendrá en un informe general, con la intención de generar soluciones en pro del incremento de los beneficios a los bogotanos en términos de Salud Pública. La crisis se ha venido sintiendo más fuerte debido a los escándalos financieros que tiene el mismo sistema, esto quiere decir que una y otra vez la Salud no ha tenido un desarrollo solido desde hace décadas, por el contrario se han presentado desfalcos financieros por los pésimos manejos del dinero público y la falta de control de pagos con un alto porcentaje de las entidades prestadoras de servicios de salud en Bogotá las cuales son EPS (entidad promotoras de salud), IPS (instituto prestador de salud) hospitales públicos, centros de atención inmediata (urgencias) entre otros.

La metodología expuesta en este análisis de Salud Pública consiste en encontrar diferentes datos estadísticos junto con sus informes **(DANE, MINISTERIO DE SALUD, PLANES DE DESARROLLO DE CADA GOBIERNO, ONU, ORGANIZACIÓN MUNDIAL PARA LA SALUD)**, que permitan dar un gran aporte a esta investigación, de acuerdo con esto se generarán una serie de análisis

preliminares con el fin de realizar una comparación entre los dos periodos de Alcaldía y sus mandatarios (Bogotá Positiva Para Vivir Mejor 2008 – 2012) (Bogotá Humana 2012 – 2016), con la plena finalidad de obtener una recomendación de política económica en Salud Pública para la Alcaldía (Enrique Peñaloza Londoño 20016- 2020).

La justificación en términos generales se realiza para concluir, por qué se investiga este tema de salud pública y su finalidad durante su desarrollo con base a información de este sector, por consiguiente se determina que una crisis es un manejo inadecuado de los recursos que posee un gobierno buscando mejorar las condiciones de vida de cada uno de los habitantes del país, Bogotá D.C tiene un alto porcentaje en habitantes así que su responsabilidad es aún mayor. La salud Pública ha tenido un impacto negativo en el desarrollo y en sus avances tecnológicos generando un receso en el crecimiento de este sector, este análisis investigativo determinará las causas de los incumplimientos en los planes de gobierno de cada periodo que han generado múltiples escándalos, desfalcos, carruseles de contrataciones y rezagos económicos para el país y el mismo sector.

Este trabajo se divide en secciones, el primera parte se encuentra el resumen general del trabajo, consiguiente a las preguntas filtro para determinar el problema central, cumpliendo en la parte tres con los objetivos estipulados e introduciendo la temática a desarrollar hasta la culminación del tema con unas recomendaciones de política económica y concluye

MARCO TEÓRICO

Con la finalidad de indagar sobre uno de los objetivos del milenio de la Organización de Naciones Unidas (ONU) para el 2016 en salud y bienestar, el cual se encuentra entre los 3 primeros pilares del mundo, la finalidad es de cumplir con un desarrollo sostenible para optimizar y garantizar una vida saludable y un excelente bienestar mundial sin importar la edad. Gracias a los diferentes avances se ha generado un gran progreso en los niveles de esperanza de vida y la reducción de la mortalidad infantil y materna que son unas de las causas más comunes de muerte. El acceso al agua limpia y el saneamiento han tenido un gran avance en términos de salud. La malaria, poliomielitis, VIH/SIDA y la tuberculosis se han reducido considerablemente. Sin embargo, para continuar con el desarrollo de la vida sana y sostenible se requieren de mayores aportes e iniciativas para lograr erradicarlo por completo.

Con esta finalidad la ONU (Organización De Naciones Unidas) se fijó una serie de metas para lograr optimizar el objetivo número 3 para el 2016 y se considera pertinente cumplir las una serie de expectativas.

- Se fijó una reducción del 70% en la tasa de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos para el año 2030.

- Lograr que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 % por cada 1.000 nacidos vivos, en aras de poner fin a las muertes evitables de estos menores de 5 años, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 % por cada 1.000 nacidos vivos al año 2030.
- Ponerle fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales que no tienen una prestación de servicio alguno, combatir la hepatitis, las transmitidas por el agua y otras transmisibles con un plazo para el año 2030.
- Lograr reducir un tercio de la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento promoviendo el bienestar y la salud mental, para el año 2030.
- Incrementar la prevención en el consumo nocivo de alcohol, sustancias adictivas, el uso indebido de estupefacientes con un tratamiento respectivo
- La reducción a la mitad en las muertes ocurridas por accidentes de tráfico y las lesiones causadas por la misma en todo el mundo con un plazo hasta el año 2020.
- Garantizar un acceso total en los servicios de salud sexual y reproductiva, con afianzamiento en la planificación de la familia, información y educación y la integración de la salud en las estrategias y los programas nacionales.
- Acceso a servicios de salud que son esenciales para la calidad de vida y acceso a medicamentos, vacunas seguras y eficaces, asequibles para

todos, con una cobertura sanitaria universal en particular la protección contra los riesgos financieros.

- Reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos, la contaminación del aire, el agua y suelo, para el año 2030
- Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda
- Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC (acuerdo sobre los aspectos de los derechos de propiedad intelectual con el comercio y la Salud Pública), en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio en lo relativo a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos
- Incrementar la financiación de la salud y la contratación, fortaleciendo el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, teniendo en cuenta a los países de menor adelanto y pequeños Estados insulares en desarrollo.

- Fortalecer la capacidad de todos los países, en especial los países en desarrollo con una alerta temprana en reducción de riesgos y gestión de la salud nacional y mundial.

Salud infantil

- Más de seis millones de niños mueren antes de cumplir los 5 años cada año, una cifra que es menor a 17.000 niños menos que en el año 1990.
- Las vacunas eficaces contra el sarampión han evitado casi 15.6 millones de muertes en los menores cifra desde el año 2000.
- En África subsahariana y Asia meridional una parte de la proporción creciente de las muertes infantiles provienen de allí, a pesar de los progresos mundiales que se han obtenido, cuatro de cada cinco muertes de niños menores de cinco años se producen en estas regiones
- Los niños nacidos en la pobreza tienen casi el doble de probabilidades de morir antes de cumplir cinco años que los de familias más ricas
- Los hijos de madres con estudios, incluso las que solo tienen estudios primarios, tienen más probabilidades de sobrevivir que los niños de madres sin educación.

Salud materna

- La cifras de muertes maternas cayo alrededor de un 50% desde 1990.
- En Asia Oriental, el norte de África y el sur de Asia, la mortalidad materna se ha reducido en alrededor de dos tercios.
- El número de mujeres va en aumento en atención, en las regiones de desarrollo aumentó del 65% en 1990 al 83% en 2012
- Tan solo la mitad de las mujeres en las regiones en desarrollo reciben la atención médica necesaria y que necesitan.
- La cantidad de adolescentes que tienen hijos ha disminuido, por el aumento del uso de anticonceptivos en la década de 1990 que toma fuerza en la década de 2000
- La necesidad de la planificación familiar se está usando lentamente por más mujeres, pero la demanda está aumentando a un ritmo rápido.

El VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades

- Culminando el año 2014, un promedio de 13.6 millones de personas recibían terapias antirretroviral.
- A finales del año 2013 la cantidad de personas que vivían con el VIH era de por lo menos unos 35 millones, a nivel mundial
- 240.000 nuevos niños resultaron infectados por el virus para ese mismo año
- Las nuevas infecciones por el VIH entre los niños han disminuido en un 58% desde 2001
- Los niveles de desigualdad, exclusión, discriminación y violencia por género la viven los adolescentes y las mujeres jóvenes, de manera que aumenta el riesgo de contraer el VIH.
- La principal causa de muerte entre las mujeres en edad reproductiva es por el VIH en todo el mundo.
- Un 36% se ha reducido desde 2004 la mortandad relacionada con la tuberculosis entre las personas que viven con el VIH.
- 250.000 nuevas infecciones por el VIH por parte de los adolescentes, dos tercios de las cuales afectaron a mujeres.
- En África el SIDA es la principal causa de muerte entre los adolescentes que están entre los 10 y 19 años de edad y la segunda a nivel mundial.

Para aumentar la riqueza según la conferencia panamericana de la salud (1995) se explotan los recursos naturales y humanos en todas las actividades de desarrollo económico con distintos niveles y control social. Con el fin de fortalecer el bienestar con un debido orientamiento en las necesidades humanitarias. En dimensión de corto plazo en atención inmediata como aquellas que modifican las formas de favorecer mayor bienestar en un largo plazo. En el último decenio se ha podido evidenciar que los cambios no han logrado mejorar las condiciones de vida en el mundo. Claro está que se ha sometido al medio ambiente y a la humanidad con fuertes presiones y poderosas.

Si bien se procura obtener un ambiente social que promueva el bienestar de las personas, incluida su salud, su protección frente a los daños y el crecimiento de su capacidad y sus logros personales, igualmente es de resaltar las coberturas obtenidas en aseguramiento y en vacunación y las relaciones de coordinación intersectorial establecidas para lograr las metas territoriales.

Otro aspecto importante para destacar es la telemedicina y cómo su desarrollo ha contribuido a integrar los territorios más retirados con la última tecnología.

SALUD EN MÉXICO

El informe en salud pública en México y según López (2005), se revisó el reglamento sanitario internacional para el cual entro en vigencia el 15 de junio 2007, la salud pública, sus organizaciones y miembros obtuvieron un logro importante en materia de crecimiento del sector. Este documento que tiene como norma la interacción entre países para el intercambio de información y algunas

actividades adicionales que permite evitar la propagación de enfermedades que se extiendan entre naciones. Con ese reglamento México y el mundo cuenta con un blindaje contra los riesgos en salud que podrían transmitirse en cuestión de horas a través de las naciones, se debe efectuar, evaluar y notificar con la finalidad de responder por las causas de las enfermedades en México.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) que tiene un propósito general, que es el hemisferio occidental para combatir algunas enfermedades, prolongar la vida y mejorar el estado mental de todos los habitantes, actualmente México hace parte de sus miembros para vigilar todos los términos de salud.

La carta de Ottawa en la promoción de salud de la OMS (Organización Mundial para la Salud) (1986), el pacto económico, social y cultural de la ONU (Organización de Naciones Unidas) (1966) del cual hace parte México, en 1986 que se toma en cuenta a la salud como derecho humano. Se rescata los prerequisites para la salud y resalta a la paz, vivienda, recursos económicos alimenticios con un ecosistema adecuado con uso sostenible de sus recursos según Zamora en (2010)

Con este marco legal de salud mundial se comprueba que existe en vigencia e invita a los países que no son miembros para participar, y que los organismos internacionales permitan llevar el control y vigilancia del mismo, y dado que entre

estos miembros se encuentra México se analiza la influencia que tiene para el cumplimiento de este marco ya que se encuentra influenciado sobre el mismo.

Cada país tiene sus propias necesidades políticas, sociales, culturales, económicas y sanitarias que construyen un marco legal para ir contrarrestando los acontecimientos en las enfermedades de la comunidad, con el fin de aumentar la calidad de vida y disminuir los riesgos de muerte en su población, pero para cumplir con estas características se necesita que el gobierno esté más cerca del sector de la salud y junto a la población.

Según Zamora (2010) se debe tener un adecuado aprovechamiento y uso de cada uno de los servicios de salud, y resaltando a las personas o poblaciones más marginados o con un difícil acceso a los programas en la enseñanza y la investigación científica y tecnológica. Se tienen diferentes lineamientos en salud como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Para ello se obliga al estado a tener un enfoque prioritario en las políticas para mejorar el bienestar físico y mental de los sectores sociales de la población.

Estas leyes contempladas en el Art. 4 están definidas a través de la nación según Zamboni (2003), que es la ley general de salud (LGS) en 1984 que se reformó en el 2003 y la ley de seguro social de 1998 (LSS) que también fue re estructurada en 2006.

Según Pineda (2005) se tienen medidas para garantizar que las personas y su capacidad y posibilidad de trabajo, así como tener un plan de contingencia en las enfermedades, la invalidez, el embarazo y la vejez, con esto se contempla la seguridad social.

SALUD EN COLOMBIA

Un análisis según Torres que ha evidenciado en evaluar a las EPS (Entidad Promotora De Salud) en Colombia y el sistema de salud en general por los diferentes hechos que se han presentado y que al analizarlos permiten identificar que estas atienden a unas modificaciones necesarias. La ley 100 de 1993 contempla que el sistema vigente en Colombia con el sistema de seguridad social integral, el gobierno nacional a través del ministerio de protección social, regula el sistema de salud en Colombia y éste ha sido delegado al sector privado.

Quizás algunas de las modificaciones o las aprobaciones de nuevas leyes permitieron generar un posible abordaje en términos de salud más profundos, así como se estipuló en la ley 1438 con la finalidad de corregir los problemas de salud y la intermediación de las EPS (Entidad Promotora De Salud) es la Ley 1438 (2011), que también tenía un objetivo en los pagos a la red hospitalaria en general, que a pesar de las modificaciones estructurales no ha permitido como sucedió en el 2011 sistema de salud que son necesarias e indispensables.

Se deben evaluar, analizar los hechos en materia de salud para el modelo actual de seguridad social, con el fin de aumentar los aportes al sector, ya que no se ha registrado un incremento de la cobertura de los servicios como se tendría que

contemplar en este momento, dado que esto ha utilizado todos los recursos económico y generales pero aún no se ve los beneficios a la luz de la comunidad en particular.

El sistema de salud no ha tenido un excelente manejo adecuado de los recursos o que permita evidenciar la eficiencia de la administración, esto permite reflexionar que si existen mayores recursos debería haber mayores prestaciones en los servicios de salud, pero sin embargo se puede dimensionar que no es así y para colmo de males existen más gastos que en ofrecer servicio oportunos y pertinente en el sector de la salud. Las falencias que aportan a los quiebres de las estructuras del sistema de salud colombiano como lo es la disminución en la prestación de los servicios, en cuanto a la disponibilidad de camas en los hospitales para las personas de alto riesgo o de atención inmediata, programas de vacunación, programas de nutrición y consultas al médico anuales en las personas entre otras.

Es de alto impacto de preocupación que disminuyan todos estos factores, cuando en realidad debería estar en un aumento progresivo para cumplir con los beneficios de los ciudadanos, tales como los programas de promoción y prevención que se han venido deteriorando en el tiempo en cuanto planes de vacunación y el incremento de algunas enfermedades infectocontagiosas en todo el país.

La corrupción desde el sector privado o público siempre va a existir en cuanto a los temas morales y de control de las personas que ocupan los altos cargos, y solo les interesa los beneficios particulares y el estado financiero propio. El sector privado tiene una alta ineficiencia que se refleja del estado desde la perspectiva de la seguridad social y su desarrollo por eso siempre será inevitable y evidente la corrupción, la diferencia entre estos radica que los mecanismos para combatirla están mejor definidos en el sector público que en el privado

En estos momentos donde el sistema de salud no tiene una claridad en la definición de sus funciones y que los problemas afectan a todos los ciudadanos y el estado deben encaminarse a una reforma donde se tenga en cuenta el sistema de salud, donde debe ser eso la salud y no para atender enfermedades que se pueden prevenir, además el sistema desequilibrado y que busca intereses lucrativos se torna un estado crítico y perverso y que posiblemente a un colapso total, y que en Colombia la atención en salud se rige para favorecer si los ingresos obtenidos de las personas están enfermas y más si la enfermedad es de gravedad.

La red pública de salud se ha venido debilitando con el tiempo, por las instituciones improvisadas o de poco reconocimiento como en su momento los fueron las ARS que fracasaron, las IPS (Instituto Prestador De Salud), que su mayoría son de garaje y no representan mayores resultados, que decidieron prestar servicios de competitividad, sin importar la deslealtad y los bajos principios morales, con un ente de control en su defecto la superintendencia no cumplió con su función de vigilarla y su ineficiencia, permitió un uso inexperto e inadecuado de

los recursos disponibles, una alta polémica es el SISBEN (El Sistema de Selección de Beneficiarios Para Programas Sociales), que en aplicación en salud ha sido un poco enredada y que en muchos de los casos las personas que están vinculadas, se encuentran fuera de los componentes cuando lo requieren y las que están adentro cuentan con todos los beneficios que simplemente no lo utilizan y no lo requieren.

En el sistema de prestación social de los servicios de salud, simplemente las EPS (Entidades Promotoras De Salud), no deberían ser dueños en ninguno de los casos, por los efectos que tienen en sus monopolios, porque no les interesa el estado de salud del paciente sino los recursos y los gastos que implican, el paciente es quien debe determinar lo servicios si fueron de calidad y que sector tiene mayor eficiencia, si el público o el privado según su escogencia

Las movilizaciones en algunas ciudades son masivas y llevadas a cabo por los hospitales públicos, en Bogotá también se han realizado marchas para hacerle un llamado al estado y así hacerles sentir que el sistema de salud colapso a causa de los recursos ineficientes, las EPS (Entidades Promotoras De Salud), no generan los pagos pertinentes razón por la cual lleva a suspender todo tipo de contratos con los especialistas y suspender los servicios básicos por la falta de los insumos necesarios.

En cuanto a la crisis es inevitable dimensionar su magnitud y decir que no existe porque los números y las estadísticas lo reflejan y la solución a este problema está lejos a las finanzas para poder hacer un proyecto en desarrollo, el estado a través

del FOSYGA (Fondo de Solidaridad y Garantía), se encuentra entre los deudores y que no ha cancelado los pagos a las clínicas y hospitales, las EPS (Entidades Promotoras De Salud), del régimen contributivo son el número uno en mora, seguido de las del régimen subsidiado.

El 19 de septiembre de 2011, en Bogotá se firmó un acuerdo entre la federación colombiana y los representantes de las EPS (Entidades Promotoras De Salud), y Cajas de Compensación familiar para sanear el estado financiero del régimen subsidiado.

La salud es un servicio social y que de tal forma debe verse, y no tener alguna idea de negocio o adoptar por hacer un carrusel de poca moral y un alto grado de corrupción, el sistema de salud colapsó en hospitales y aun no cuentan con los recursos para brindar atención porque sus deudas son demasiado elevadas.

MARCO EMPÍRICO

Con la finalidad de continuar con el análisis planteado en la introducción del trabajo, se incorporará un informe entre los dos casos, es decir, las gráficas estadísticas de los periodos mencionados, un breve resumen sobre ellas, con la plena intención de realizar un análisis comparativo que nos permita obtener soluciones a la problemática que se vive. De acuerdo con la información que se

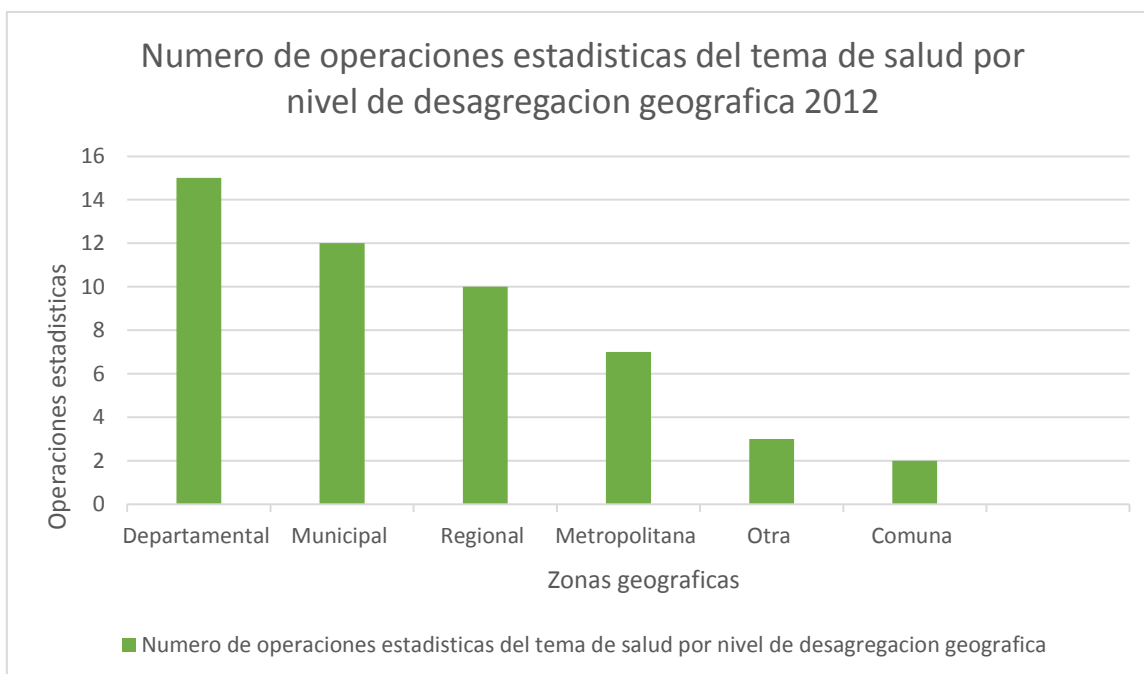
obtenga se generara un modelo que permita llegar a contrarrestar la emergencia de salud pública que vive actualmente Bogotá D.C en aras de que se tomé una decisión de política económica.

Un análisis de las entidades que contribuyen con el sector de la salud y contienen un grado de importancia alto con los datos estadísticos que genera el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), y así relaciona lo siguiente, el ministerio de la protección social, contiene operaciones estadísticas 38% de tal forma que es la principal entidad en el tema de salud.

El SIVICAP que por sus siglas es el Subtema de Información Para La Vigilancia De La Calidad Del Agua Para El Consumo Humano y el Instituto Nacional De Salud (INS).

La recopilación sobre los aspectos de salud, población, salud sexual y reproductiva, violencia intrafamiliar, en mujeres y hombres, se encuentra a cargo de la operación estadística de PROFAMILIA y la encuesta nacional de demografía y salud.

GRÁFICA 1



Fuente: Elaboración propia recopilado de DANE: Seguridad Social y Salud Publica II semestre de 2012

A nivel de salud Colombia tiene un fuerte impacto en los niveles que buscan llevar los cambios propuestos, esta segregación se realiza en aras de evaluar la salud.

La gráfica 1 se puede evidenciar, que la mayoría de las operaciones del tema alcanzan un nivel de desagregación del 77%, consiguiente de los niveles departamentales en un 68%, municipal 54%, regional 45% y metropolitano 31% encontrándose en este grupo, el nivel comuna 9% y otros tipos de desagregación 13% , como las unidades de servicio y centros poblados.

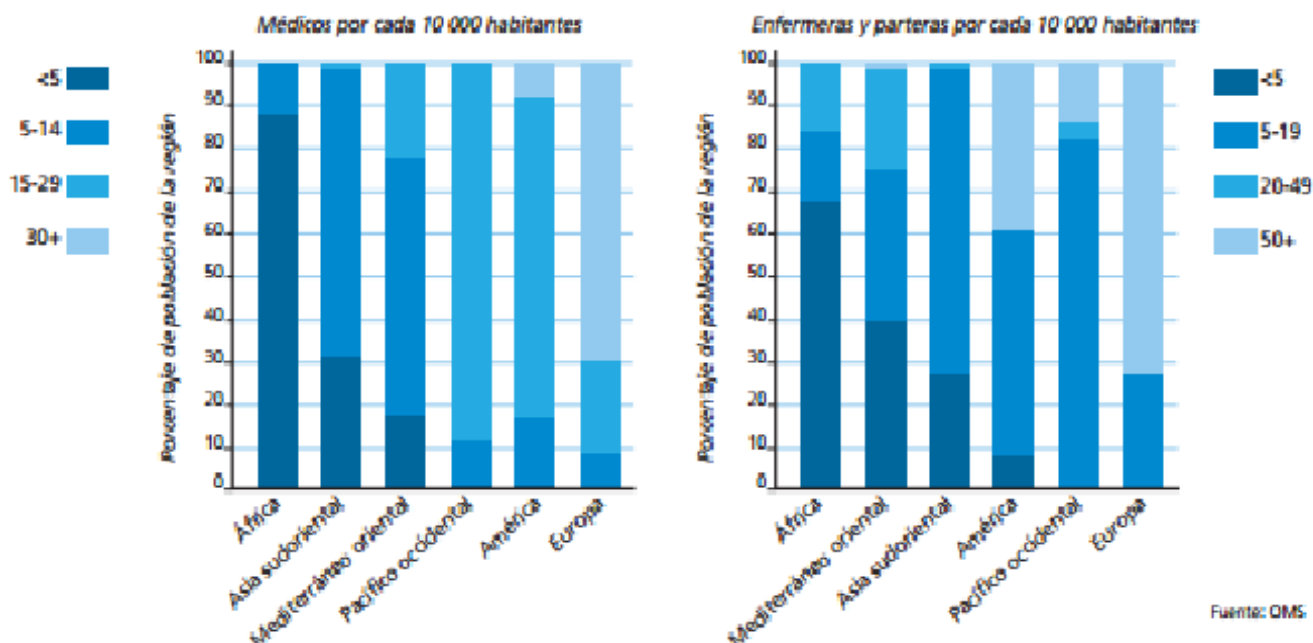
La creación del sistema de salud no es un fin, sino un medio para lograr unos resultados sanitarios con la ayuda de un programa de acción en el mismo sistema con el fin de mejorar la atención en la salud. Con la plena intensión de contar con un programa eficaz y equitativo en términos de salud, para alcanzar los Objetivos

de Desarrollo Del Milenio (ODM) y otros objetivos que se contemplan en materia de salud, así se relacionan los de salud reproductiva y la inmunización. Se ha evidenciado que un acceso a los servicios de salud prioritaria y complementaria fortalecería el ODM (Objetivo Desarrollo Del Milenio) entre un 60% y 70% y la mortalidad infantil entre el 70% y 80% y los relativos de mortalidad materna.

Un cambio estratégico para la financiación para que las clínicas dependan en mayor medida de los pagos de los usuarios para tener los ingresos, con el comportamiento de los dispensadores sanitarios entre la atención curativa y la preventiva y en la demanda de los clientes, entre otras cosas, el fortalecimiento de los sistemas de salud se debe considerar en el marco de la política sanitaria nacional. Las medidas destinadas a fortalecer los sistemas de salud tendrán una base común, pero las prioridades concretas y el orden en que se deben atender se determinarán en función de las circunstancias de cada país.

GRÁFICA 2

Figura 1: Recursos humanos para la salud, por región de la OMS, 1995-2004



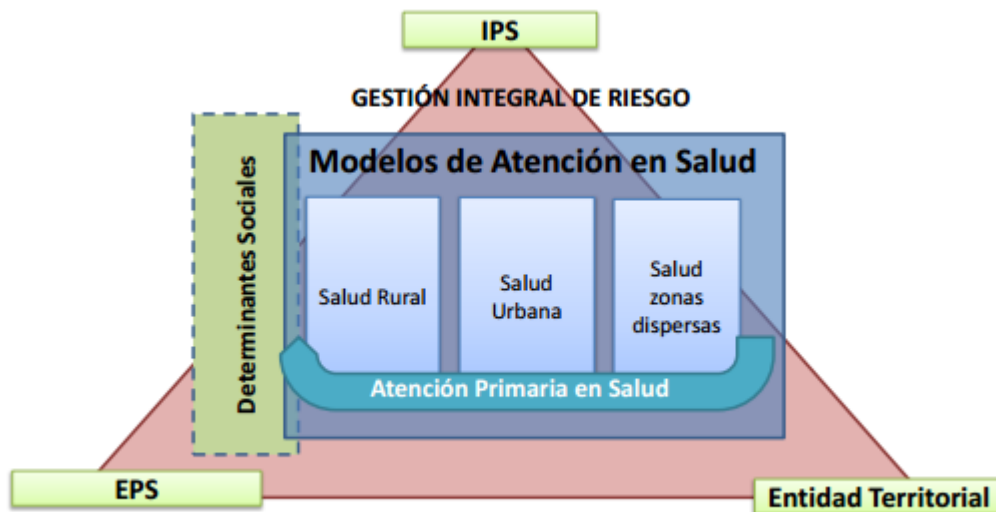
Fuente: Elaboración propia recopilado de OMS (Organización Mundial Para La Salud)

En África por la falta de personal sanitario presenta altos niveles en el sector de la salud y en la atención, muchos países presentan graves problemas para ampliar la superación del VIH/SIDA y alcanzar los demás ODM (Objetivos Desarrollo Del Milenio) relacionados con la salud. El abandono del personal de salud, la muerte del mismo, falta de compromiso con su trabajo afecta las condiciones y empeoran, en varios países los trabajadores de sanidad viven por debajo del nivel de pobreza, se trasladan de las zonas rurales a las urbanas y así entre países porque buscan mayores beneficios y salarios e incluso abandonan por completo el sector de la salud.

El 90% de la población de África vive en zonas donde hay menos de cinco médicos por cada 10.000 habitantes, y más del 60% de la población cuenta con

menos de cinco enfermeras o parteras por cada 10.000 habitantes. El programa de acción está claro. Para solucionar el problema de los recursos humanos habrá que adoptar medidas para mejorar los sueldos, los complementos y los incentivos de las personas que trabajan en las zonas más pobres.

GRÁFICA 3



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, y DNP DDS-SS

Fuente: Ministerio de salud y protección social

Estrategias utilizadas en el sector salud en los diferentes campos las cuales se mencionan las siguientes

- Fortalecimiento de campañas para radicar el hambre
- Información completa y legítima para la formación de la comunidad LGBTI+H (Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgeneristas, Intersexuales y Heterosexuales)
- Las empresas acogidas al POS (Plan Obligatorio De Salud), tendrán un control y políticas para su funcionamiento
- Atención hospitalaria con un programa preventivo y efectivo

- Información completa para la diversificación de las enfermedades globales VIH/SIDA con mayor control
- Un programa de control y vigilancia en drogas
- Nueva gama de tecnología que permita fortalecer la infraestructura de las redes hospitalarias.

La siguiente tabla representa la intervención que tiene los modelos y sistemas en el sector salud y las estrategias transversales que se utilizan:

TABLA 1

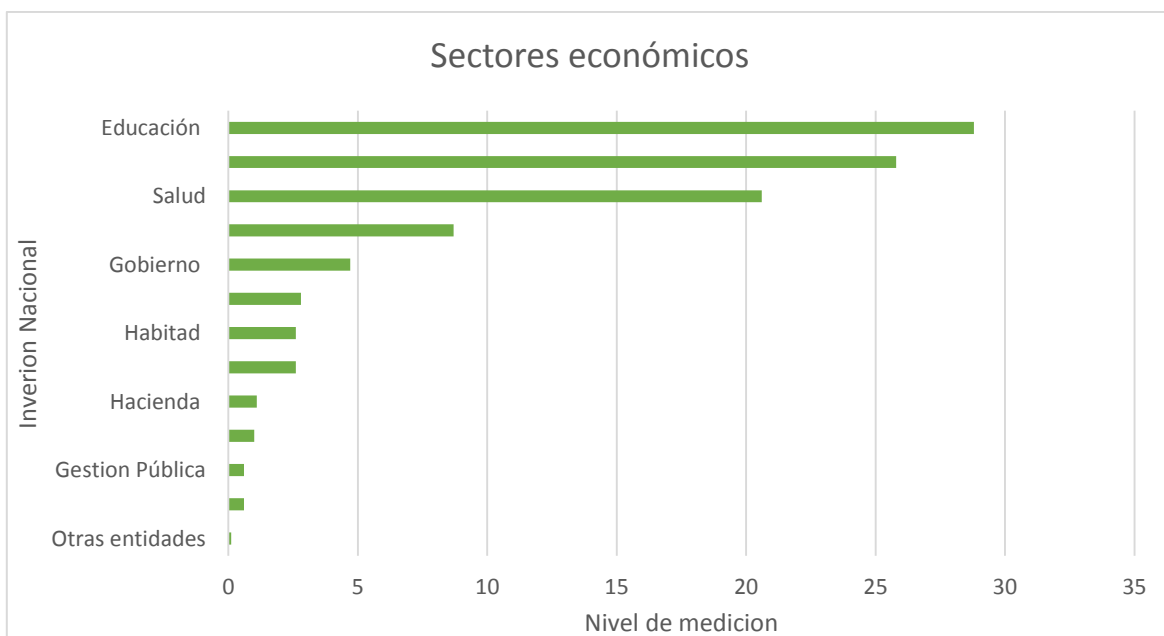
| TABLA 1 | | | |
|---------|---|------------------------|--------|
| No | INTERVENCIÓN | ESTRATEGIA TRANSVERSAL | SECTOR |
| 10 | modelo integral en atención a salud | movilidad social | salud |
| 11 | sistema indígena de salud propia e intercultural SISPI | movilidad social | salud |
| 12 | plan decenal de salud pública(PDSP) 2012-2021 | movilidad social | salud |
| 13 | modelo de vigilancia del estado nutricional en la población colombiana (SISVAN) | movilidad social | salud |
| 14 | plan nacional para la promoción de salud, la prevención y la atención del consumo de sustancias psicoactivas (SP) | movilidad social | salud |
| 15 | estrategia de prevención de embarazos adolescente | movilidad social | salud |

Fuente: Elaboración propia recopilado del Plan Nacional de Desarrollo Bogotá Humana

BOGOTÁ HUMANA OBJETIVO DESARROLLO SOSTENIBLE 2016

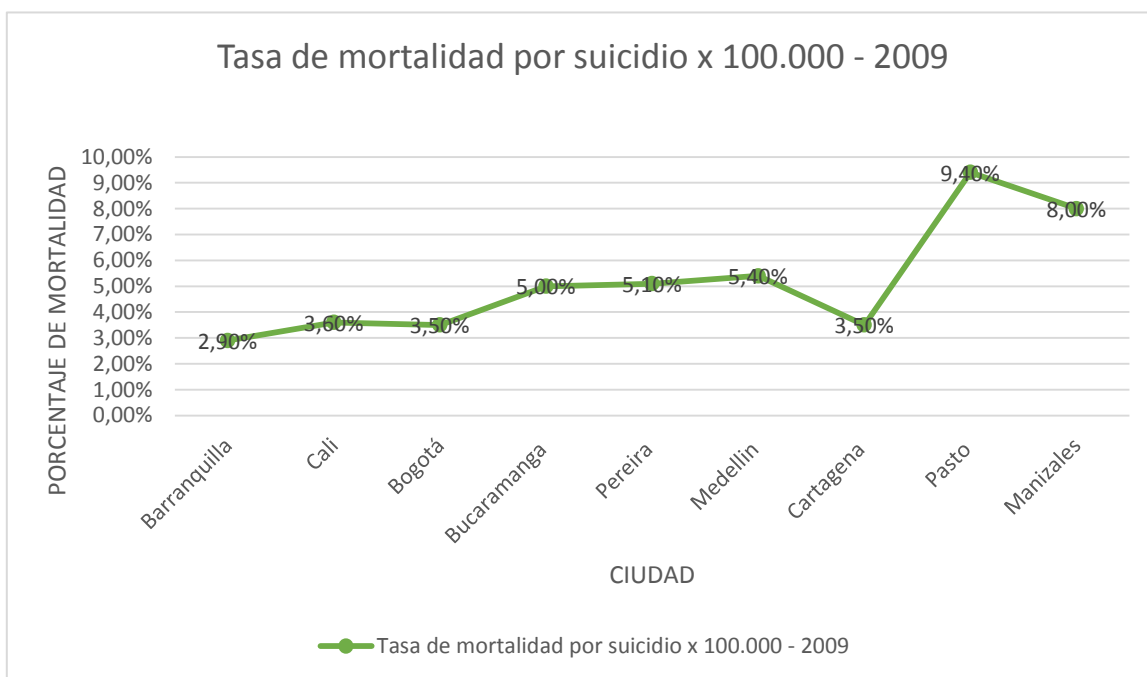
La siguiente información está basada de acuerdo al plan nacional de desarrollo de Bogotá Humana entre los periodos de 2012 -2015 desarrollada por la gobernación de la alcaldía de Gustavo Petro (Alcaldía Mayor De Bogotá D.C)

GRÁFICA 4



Fuente: Elaboración propia recopilado de DANE

GRÁFICA 5



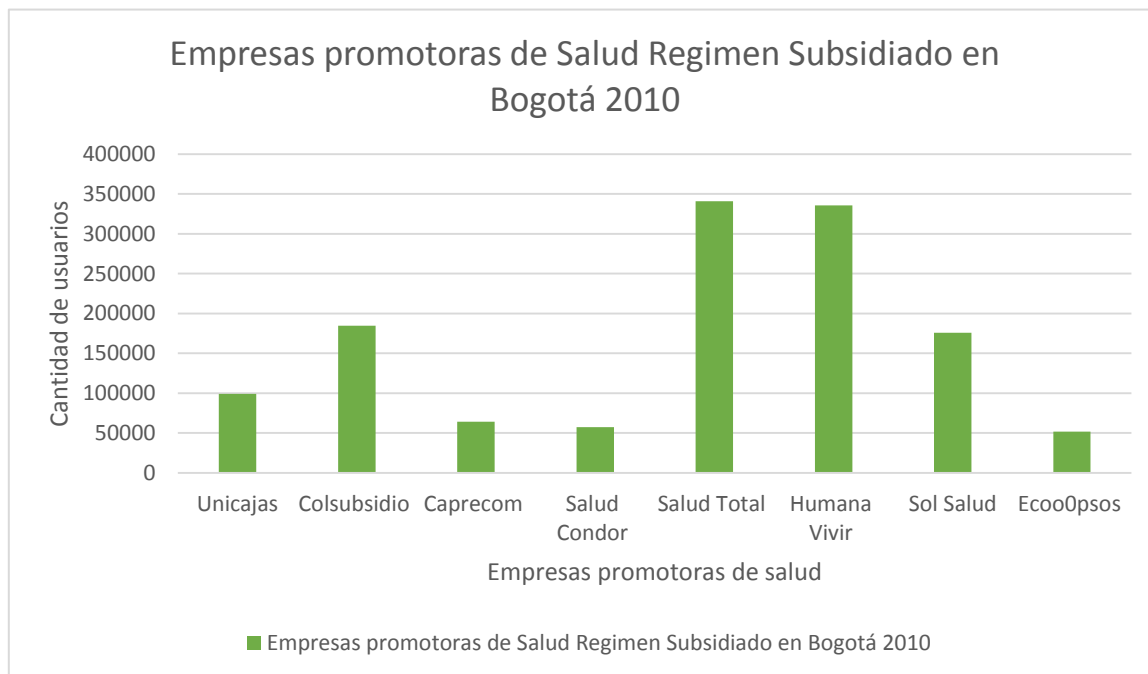
Fuente: Elaboración propia recopilado de Plan de Desarrollo Bogotá Humana

TABLA 2

| TABLA 2 | | | |
|--|-------------|-----------|----------------|
| RECURSOS INTERVENIDOS POR EL SECTOR SALUD | | | |
| ejecución del presupuesto de inversión del sector salud periodo acumulado 2008-2010(millones de pesos 2010) | | | |
| prioridad / programa / proyecto | presupuesto | ejecución | % de ejecución |
| ciudad de derechos | 3.560.376 | 3.190.004 | 89.6 |
| Bogotá sana | 437.68 | 432.146 | 98.7 |
| garantía del aseguramiento y atención en salud | 2.676.617 | 2.361.392 | 88.2 |
| fortalecimiento y provisión de los servicios en salud | 446.08 | 396.466 | 88.9 |
| ciudad global | 8.433 | 8.355 | 99.1 |
| Bogotá sociedad del conocimiento | 1.312 | 1.289 | 98.2 |
| Bogotá competitiva e internacional | 7.121 | 7.066 | 99.2 |
| participación | 5.734 | 5.718 | 99.7 |
| ahora decidimos juntos | 5.734 | 5.718 | 99.7 |
| gestión pública efectiva y transparente | 26.078 | 25.46 | 97.6 |
| tecnologías de la información y comunicación al servicio de la ciudad | 12.114 | 11.956 | 98.7 |
| desarrollo institucional integral | 13.964 | 13.504 | 96.7 |
| total / sds /ffds | 3.600.622 | 3.229.537 | 89.7 |
| fuerce ejecución presupuestal PREDIS -SDH DATOS IPC DANE | | | |

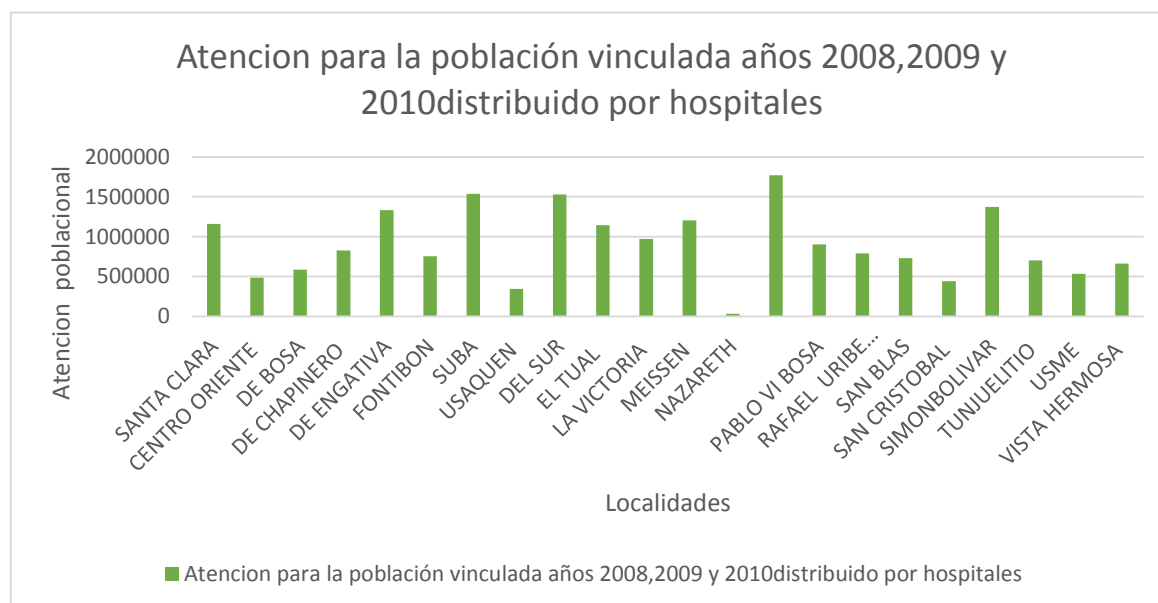
Fuente: Elaboración propia recopilado de Plan de Desarrollo Bogotá Positiva

GRÁFICA 6



Fuente: Elaboración propia recopilado de DANE

GRÁFICA 7



Fuente: Elaboración propia recopilado de DANE

CUADROS COMPARATIVOS Y ANÁLISIS DEL SECTOR SALUD PÚBLICA PARA LA CIUDAD DE BOGOTÁ

BOGOTÁ POSITIVA

Programa de salud pública

TABLA 3

| TABLA 3 2008 | | | |
|---|-----------------------------|-----------|---|
| PROGRAMAS | PRESUPUESTO en Pesos COP | EJECUCIÓN | 39 % presupuesto nacional EJECUCIÓN |
| 1 Garantía del aseguramiento y atención en salud | 4.005.207 | 2.891.538 | 72.2 |
| 2 Fortalecimiento y provisión de los servicios de salud | 605.99 | 487.077 | 80.4 |

Fuente: Elaboración propia recopilado de Plan Nacional de Desarrollo Bogotá

Positiva

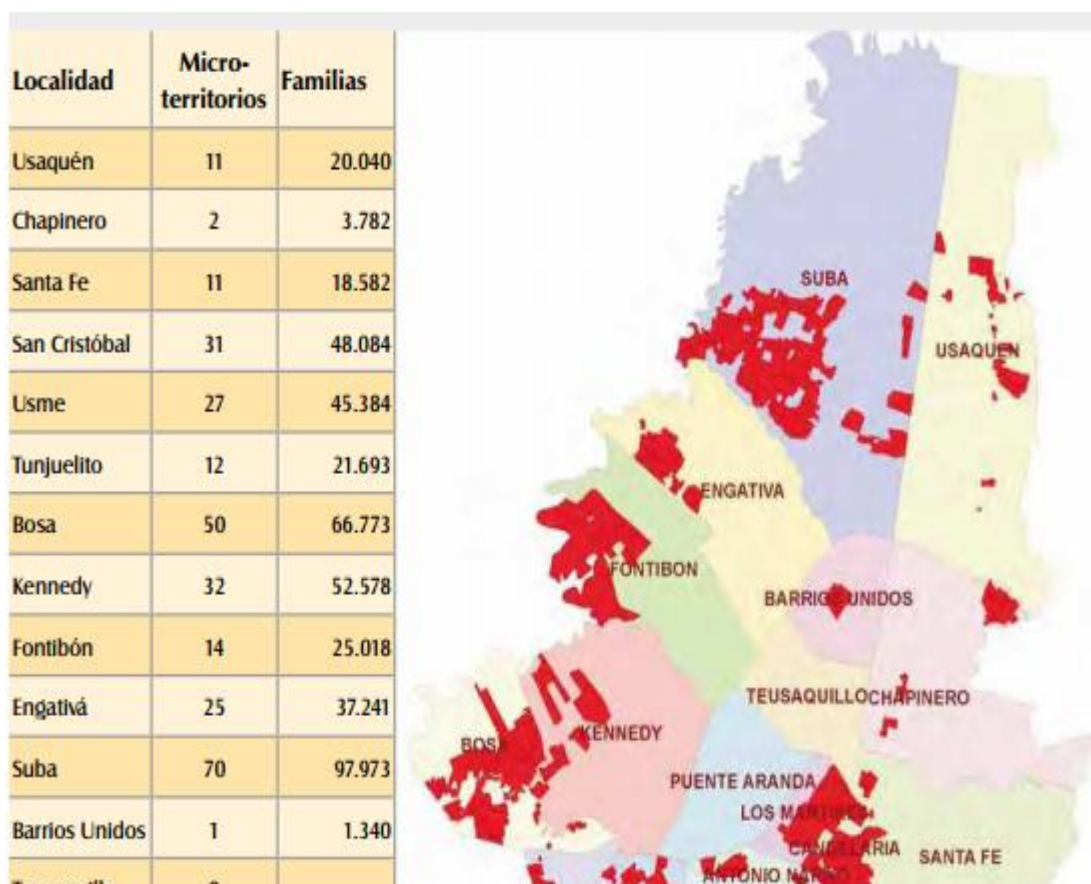
Se destaca el programa Acceso y Permanencia a la educación para todas y todos que tiene la mayor asignación presupuestal del Objetivo, con un 39% de los recursos; luego en orden de magnitud de recursos se encuentra el programa Garantía del aseguramiento y atención en salud con un 27% de los recursos totales asignados al Objetivo. Estos programas presentan ejecuciones presupuestales de 91,3% y el 72,2% respectivamente. Los recursos de estos programas sumados a los del programa Bogotá bien alimentada; suman más de 10 billones de pesos, es decir que estos 3 programas agrupan cerca del 74% de los recursos destinados a Ciudad de Derechos.

GARANTIZAR EL DERECHO A LA SALUD BOGOTÁ POSITIVA 2012

La estrategia de “Salud a su Casa” dividió a la ciudad en 425 microterritorios, de los cuales se cubrieron 369 y se atendiendo a 579.794 familias, compuestas por 1.862.647 personas, en las 19 localidades de 20 en total del Distrito Capital, a quienes se les realizaron intervenciones en el ámbito familiar que beneficiaron al 24% de la población total de Bogotá, según el DANE (Departamento Administrativo Nacional De Estadísticas), se atendieron 7.467.804 en su boletín estadístico del año 2009. La población de mayor pobreza y vulnerabilidad de la ciudad, está ubicada en zonas ilegales o en vía de legalización, con escasos recursos o, en zonas de alto riesgo como riveras de los ríos Juan Amarillo, Fucha y Tunjuelo, cercanía al Relleno Sanitario Doña Juana, el mayor riesgo de estas

zonas es el alto crecimiento demográfico centrado en la infancia y la juventud, donde un 48% corresponde a personas menores de 25 años y en donde además el nivel educativo predominante es la educación básica primaria para el 62% de los individuos.

MAPA TERRITORIAL DE BOGOTÁ 1



| TABLA 4 | | ÁMBITOS DE VIDA COTIDIANA CARACTERIZADOS Y CON SEGUIMIENTO BOGOTÁ 2012 - JUNIO 2015 | | % escenarios con seguimiento |
|---------------|------------------------------|--|---|------------------------------------|
| ámbito | tipo institución | caracterizadas entre 2012- junio 2015 | con seguimiento entre 2012 junio 2015 | |
| institucional | institución prestadora de | 209 | 87 | 41,6 |

Fuente: Elaboración propia recopilado de Plan Nacional de Desarrollo Bogotá Positiva

BOGOTÁ HUMANA

| | | | |
|--|--------------------|--|--|
| | servicios de salud | | |
|--|--------------------|--|--|

TABLA 4

Fuente: Elaboración propia recopilado de Plan Nacional de Desarrollo Bogotá Humana

La cobertura de atención a la salud de las personas afiliadas se mejoró en 56% para el año 2011, para el año 2013 paso a un 78% para la población general y del 95% para los menores de 1 año. En este periodo se conformaron 995 consejos de salud para los microterritorios de la población activa. (Véase Tabla 4)

TABLA 5

| TABLA 5 | SERVICIOS DE SALUD COLECTIVA POR POBLACIÓN, 2013-JUNIO 2015 | | |
|--|--|------|------|
| servicios de salud colectiva por grupo poblacional | 2013 | 2014 | 2015 |
| infancia | 488 | 484 | 91 |
| persona mayor | 422 | 179 | 91 |
| adolescentes y jóvenes | 323 | 147 | 98 |
| mujeres | 285 | 141 | 97 |
| adultos/as | 242 | 133 | 82 |
| personas con discapacidad | 176 | 168 | 105 |
| gestantes | 0 | 0 | 76 |
| víctimas del conflicto armado | 26 | 20 | 13 |
| etnias | 17 | 19 | 16 |
| población LGBTI | 17 | 10 | 13 |
| personas en el ejercicio de la prostitución | 0 | 0 | 7 |

Fuente: Elaboración propia recopilado de Plan Nacional de Desarrollo Bogotá Humana

Se consolidaron 30 servicios de Atención Diferencial para esta población, para un total de 33 servicios activos donde se realizaron 57026 actividades, con un fortalecimiento de los servicios amigables para la población adolescente en la

localidad de Bosa, Tunjuelito y Ciudad Bolívar en la Unidad Amigable y UBA móvil (Unidad Básica De Atención). (Véase Tabla 5).

Análisis Comparativo:

Es de vital importancia resaltar que pese a las grandes inversiones que han hecho cada uno de los periodos en mención, se encuentran localidad de la ciudad de Bogotá que aún se encuentran vulneradas en sus derechos, tan solo se benefician un 24% de la población total, es decir, la inversión de los gobiernos sigue siendo poca para la emergencia que tiene la ciudad. Por otra parte se evidencia que se han tenido resultados de crecimiento en términos de salud a lo largo del tiempo.

BOGOTÁ POSITIVA

El 15 de octubre de 2008 el Alcalde Mayor de Bogotá, expide el decreto 345 de 2008 que busca fortalecer la estrategia de “Gratitud en Salud”, que cubre a la población más vulnerable de la Ciudad, beneficiando a las personas de estrato 1 y 2 afiliadas al SISBEN, en la tabla 6 se observa el objetivo de filiación de 690.006 personas, las cuales 229.417 fueron integradas en el año 2008, 217.767 para el año 2009, 204.630 para el año 2010 y 38.192 al finalizar el año 2011. De igual manera 1.319.980 personas se mantuvieron afiliadas en el régimen subsidiado en Bogotá

TABLA 6

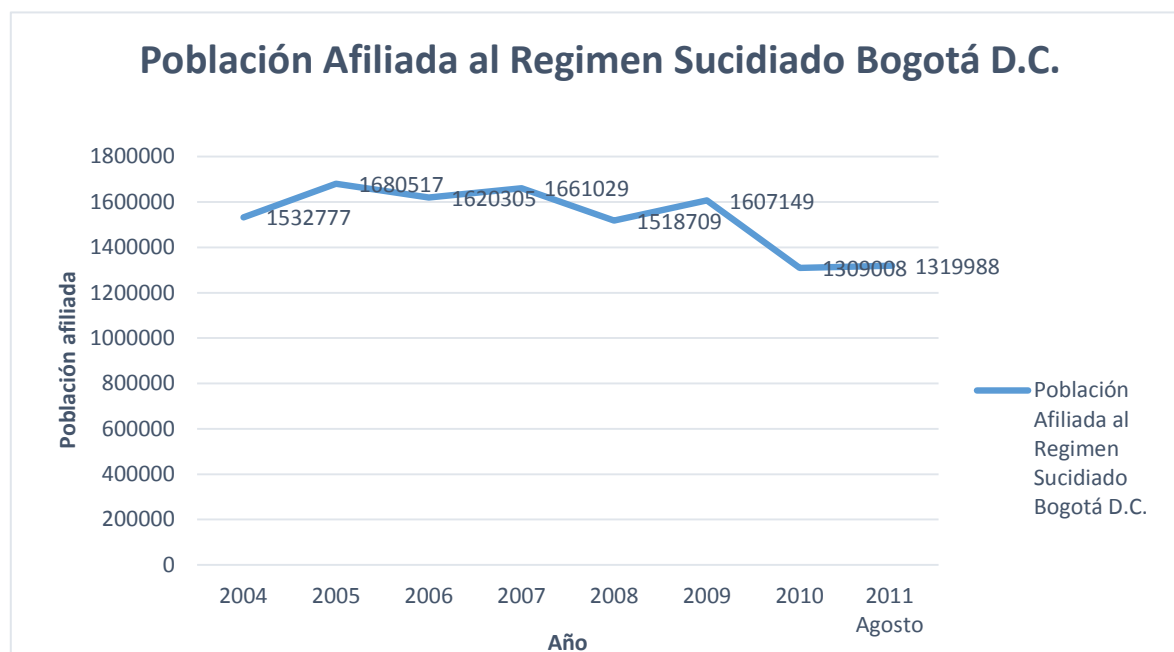
| TABLA 6 | NUEVOS AFILIADOS REGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD BOGOTÁ D.C 2008-2011 | | | | |
|-------------------------------|--|---------|--------|--------|---------|
| NUEVOS AFILIADOS | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | TOTAL |
| ampliación | 46,221 | | | | 46,221 |
| reemplazos | 183,196 | 217,767 | 204,63 | 38,192 | 647,328 |
| total ampliación y reemplazos | | | | | 690,006 |

Fuente: Elaboración propia recopilado de Plan Nacional de Desarrollo Bogotá

Positiva

GRÁFICA

8

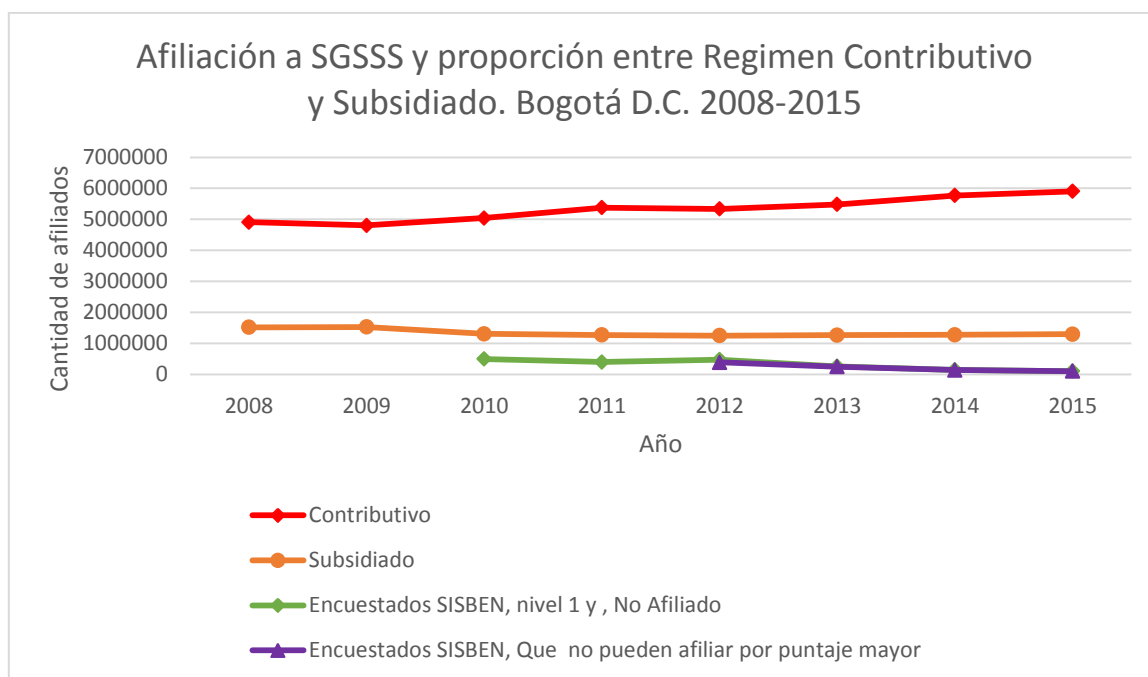


Fuente: Elaboración propia recopilado de Plan Nacional de Desarrollo Bogotá

Positiva

BOGOTÁ HUMANA

GRÁFICA 9



Fuente: Elaboración propia recopilado de Plan Nacional de Desarrollo Bogotá Humana

El objetivo para el año 2016 en el gobierno de Bogotá Humana fue garantizar el acceso a Régimen Subsidiado del sistema general de seguridad social en salud a 1.678.622 personas. Bogotá desde el año 2012 hasta septiembre de 2015 integro a más de 600 mil personas al SGSSS (Sistema General de Seguridad Social en Salud), incrementando principalmente la afiliación del régimen contributivo llegando en 2015 a 5.985.977 habitantes afiliados, por otro lado en el mismo periodo de tiempo el régimen subsidiado llego a 1.295.889 personas afiliadas. La dinámica de empleo de la ciudad se evidencia en la movilidad entre el régimen Subsidiado y contributivo, al finalizar el periodo de gobierno existen 124.963

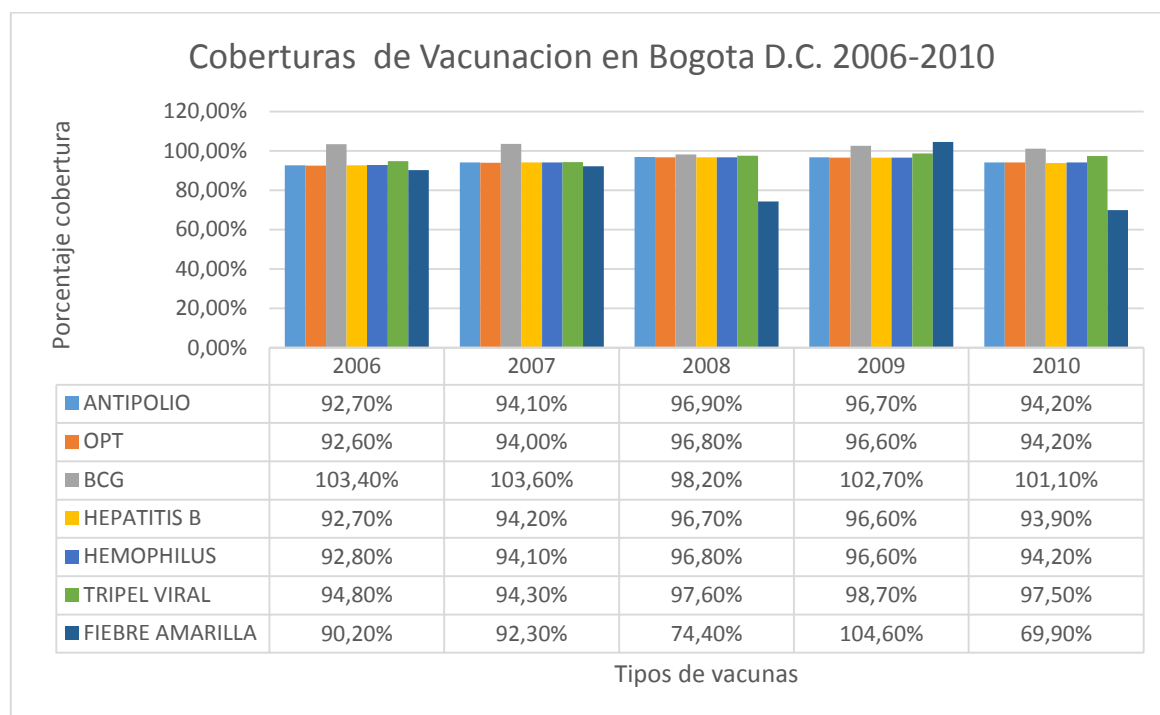
afiliados del Régimen Subsidiado en EPS (Entidades Promotoras De Salud), contributivas

Análisis comparativo

En un marco comparativo entre los periodos de gobierno Bogotá positiva y Bogotá humana con respecto a las afiliaciones al régimen contributivo y subsidiado se refleja un incremento para el años 2011 en donde se incluyen 690.000 personas al SGSSS (Sistema General de Seguridad Social en Salud), y para el años 2015 se incluyeron 600.000 llegando a un total de 1.295.889 para el año 2015.

BOGOTÁ POSITIVA

GRÁFICA 10



Fuente: Elaboración propia recopilado de Plan Nacional de Desarrollo Bogotá Positiva

El programa de vacunación del gobierno de Bogotá Humana incorporo nuevos biólogos que beneficiaron a las personas activas en el régimen de salud, con la aplicación de la vacuna contra el rotavirus 22.304 menores se beneficiaron en el año 2008; en el año 2009 fueron 109.181; 2010 109.034 y en el 2011 70.923; para la vacuna de Hepatitis A, se beneficiaron 123.296 menores para el año 2008; 112.363 en el año 2009; 65.079 en el 2010 y 117.444 en el 2011; Con la aplicación del biológico Neuma se beneficiaron 338.023 adultos mayores, en 2009; 82.183, en 2010 y 54.983 en 2011. Con el biológico neumococo se beneficiaron 6.216 niños, en 2008; 98.716, en 2009; 110.217 en 2010 y 74.570, en 2011. En total, con los nuevos biológicos introducidos para la ciudad se beneficiaron 1.419.362 pobladores, a través de la aplicación de 2.264.747 dosis. (Véase gráfico 10)

BOGOTÁ HUMANA

TABLA 7

| TABLA 7 | | COBERTURAS DE VACUNACIÓN POR BIOLOGICOS BOGOTÁ D.C 2012- SEPTIEMBRE 2015 | | |
|---------------------|-------------|---|-------------|-------------|
| BIOLOGICOS | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
| ANTIPOLIO | 86,5 | 103,0 | 88,1 | 67,0 |
| DPT | 86,4 | 103,0 | 88,1 | 67,0 |
| BCG | 96,0 | 100,6 | 103,0 | 80,5 |
| HEPATITIS B | 86,3 | 102,9 | 88,0 | 66,7 |
| HEMOPHILUS | 86,4 | 103,0 | 88,1 | 67,0 |
| NEUMOCOCO | 89,7 | 93,4 | 90,0 | 70,6 |
| TRIPLE VIRAL | 89,1 | 93,8 | 90,3 | 73,2 |

COBERTURA DE 2015 CON CORTE 30 DE SEPTIEMBRE 2015

FUENTE DANE 2012 MSPS A

PARTIR DEL 2013

Frente a las coberturas de vacunación durante el período de gobierno, se profundizo en las consideraciones que los nominadores generan en gran parte de los municipios del país, una discusión que aún no se logra superar.

TABLA 8

| TABLA 8 | RESULTADOS DE VACUNAS POR BIOLOGICOS MONITOREO RAPIDO DE COBERTURAS | | |
|---------------------|--|-------------|-------------|
| BIOLOGICOS | 2012 | 2013 | 2014 |
| ANTIPOLIO | 98,0 | 98,1 | 95,2 |
| DPT | 98,0 | 98,1 | 95,2 |
| BCG | 99,7 | 99,9 | 99,7 |
| HEPATITIS B | 99,1 | 99,9 | 99,1 |
| HEMOPHILUS | 98,0 | 98,1 | 95,2 |
| NEUMOCOCO | 99,2 | 96,1 | 99,2 |
| TRIPLE VIRAL | 99,2 | 97,0 | 99,2 |

COBERTURA DE 2015 CON CORTE 30 DE SEPTIEMBRE 2015

FUENTE DANE 2012 MSPS

A PARTIR DEL 2013

Se resalta una cobertura del 95% en los niveles de vacunación, adicional las proyecciones del DANE y ministerio de salud se evidencian importaciones variaciones como se observa en la tabla 8.

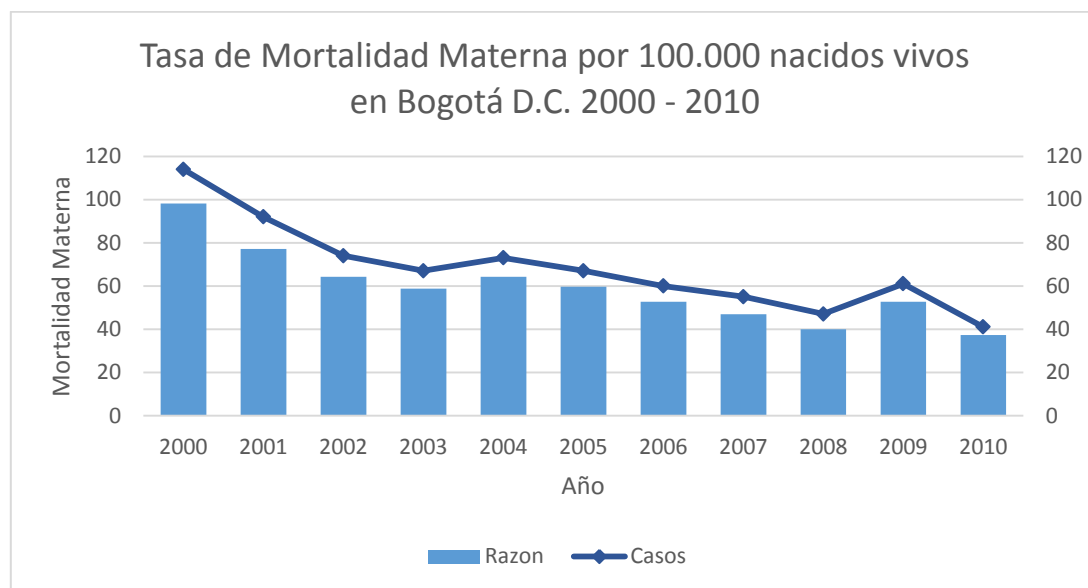
Según el registro diario de vacunación se observa un 100% de cobertura útil en el año 2013 que responde a la meta de población asignada. El ajuste de la población redujo el intervalo entre dosis de vacunación lo que implico el ingreso de una cobertura adicional de niños y niñas a vacunar antes de los 2, 4 y 6 meses en el año 2013 y se realizó el cambio a 1, 3 y 5 meses de edad.

Análisis Comparativo:

De acuerdo a la información suministrada en los dos periodos se evidencia que los planes de desarrollo humano estipulados, en el transcurso de los años se tienen falencias por épocas, es decir, realmente es importante mostrar cifras que se propone el ministerio de salud y replicadas con las metas del DANE (Departamento Administrativo Nacional De Estadísticas), con descuidos en el cubrimiento total de las zonas más rezagadas o expuestas a las enfermedades virales, de igual forma no se ejecutó el total de las proyecciones pero si se lograron avances importantes para la población.

BOGOTÁ POSITIVA

GRÁFICA 11

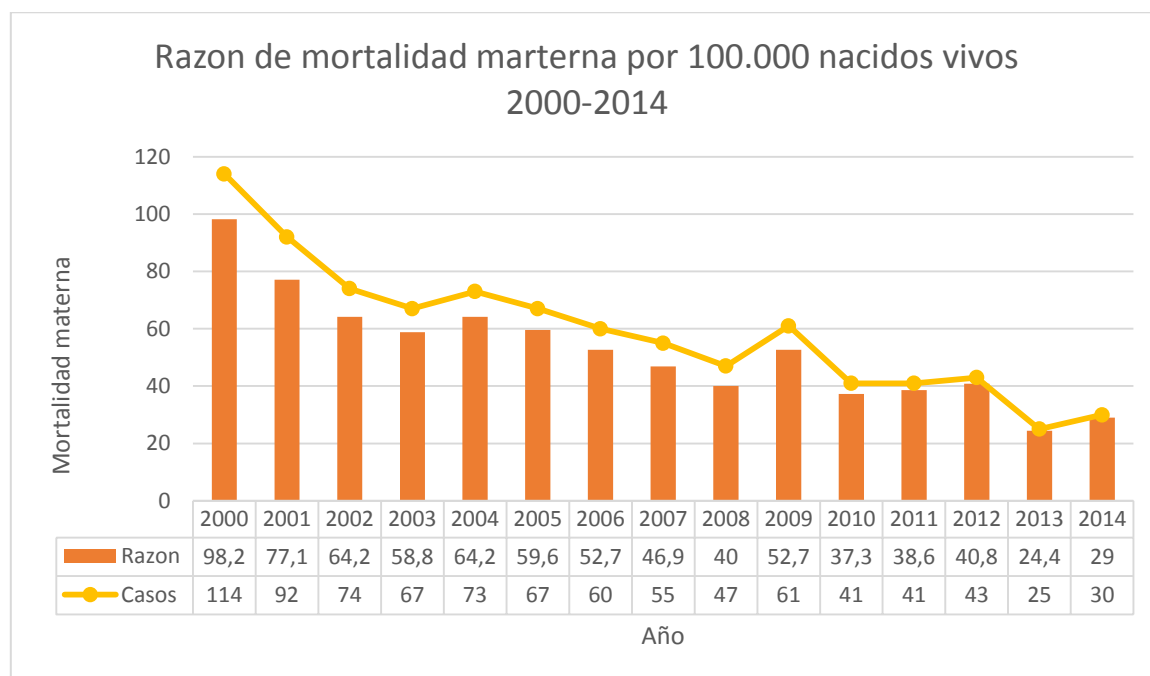


Fuente: Elaboración propia recopilado de Plan Nacional de Desarrollo Bogotá Positiva

Esto se evidencia en el comportamiento que han tenido las tasas de mortalidad por este tipo de enfermedades prevenibles en Bogotá. En Bogotá, en el año 2010, se tuvo una tasa de 39,1 muertes por cien mil nacidos vivos, tasa inferior a la meta del milenio (42,9 muertes por cien mil nacidos vivos), manteniendo la tendencia que desde el año 2001, ha manifestado este indicador, evidenciando el logro de la ciudad para incidir en los riesgos que pueden determinar la mortalidad materna, véase gráfico 11

BOGOTÁ HUMANA

GRÁFICA 12



Fuente: Elaboración propia recopilado de Plan Nacional de Desarrollo Bogotá Humana

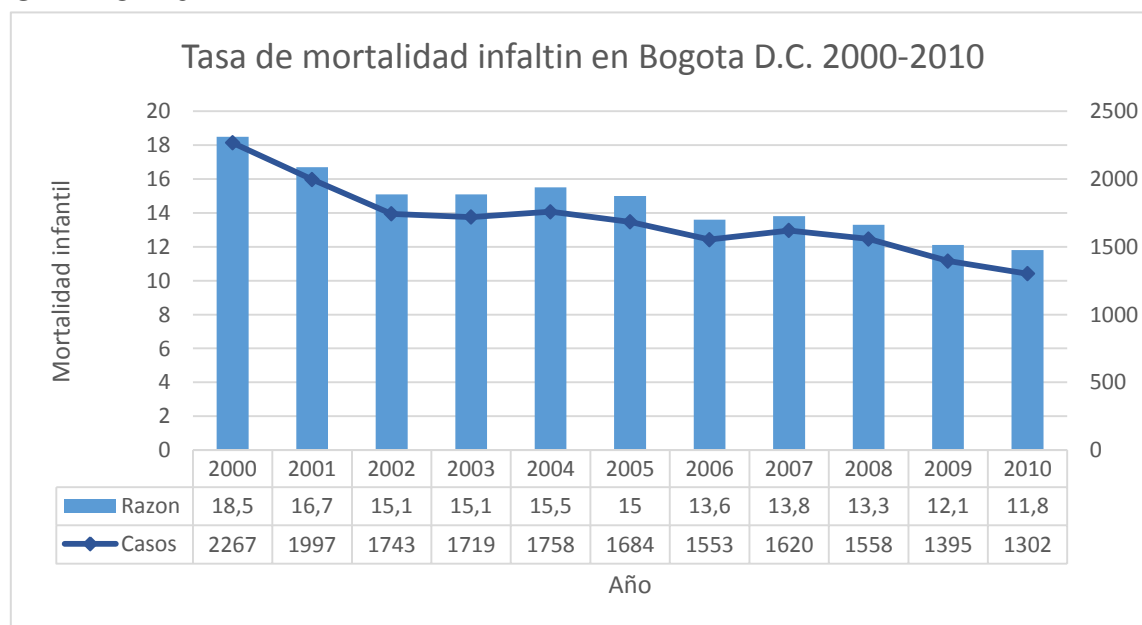
En el año 2013 en Bogotá de 23,5 en los nacidos vivos y en el 2014 de 29 por cada cien mil nacidos vivos, se ha cumplido con la meta del plan de desarrollo en reducción de mortalidad materna con una meta clara para los Objetivos del Desarrollo del Milenio. La mortalidad materna en Bogotá está por debajo en más de un 50% del último dato nacional disponible, véase en el gráfico 12

Análisis comparativo:

La tasa de mortalidad materna es uno de los principales indicadores establecidos en el plan de gobiernos, con el fin de cumplir los objetivos del milenio. En el gobierno de Bogotá Humana la reducción de la tasa de mortalidad materna llegó a un nivel de 29 por 100.000 nacidos, mientras que en el periodo de Bogotá positiva llegó a una tasa de 39.1 por 100.000.

BOGOTÁ POSITIVA

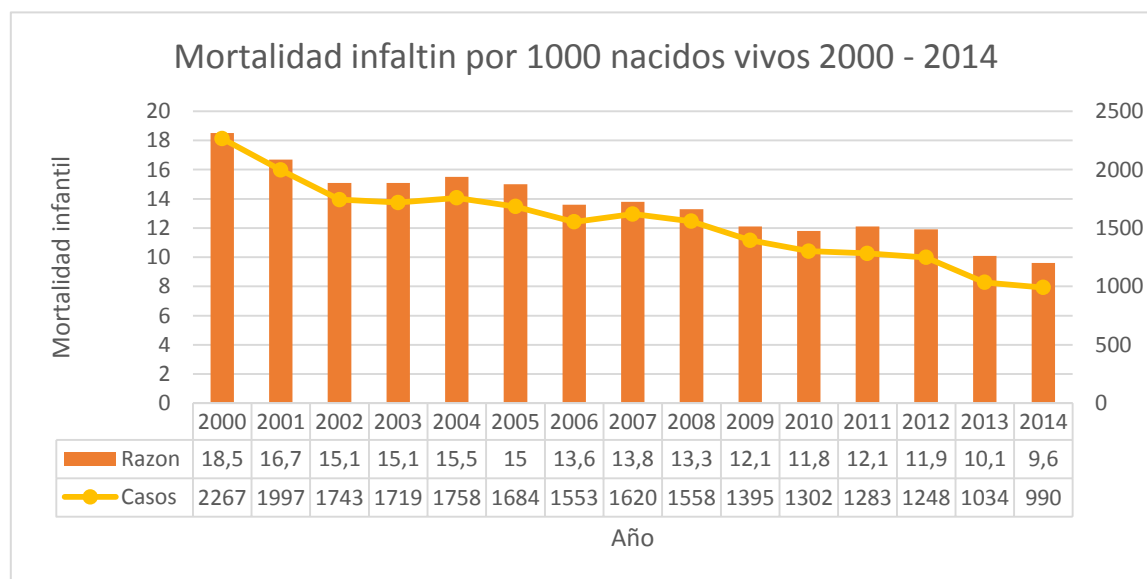
GRÁFICA13



Fuente: Elaboración propia recopilado de Plan Nacional de Desarrollo Bogotá Positiva

La mortalidad infantil se ha reducido a nivel distrital con respecto en los casos que se encontraban en 18,5 casos por 1.000 nacidos vivos en el año 2000 a 11,2 casos por 1.000 nacidos vivos en el año 2010, sin embargo se puede evidenciar que Bogotá se encuentra por debajo de la meta del milenio de 12 muertes por 1.000 nacidos vivos menores de 1, La frecuencia más alta se presenta en el periodo neonatal temprano de 0 a 7 días nacidos entre 2008 y 2010 con un 46,3% y 42,3% de forma correspondiente, un porcentaje elevado se encuentra en la atención de parto y periodo neonatal entre 2008 y 2010 agrupan cifras del 37,9% y 35,2% respectivamente y suman casi el 75% total. Véase en el gráfico 13

BOGOTÁ HUMANA



GRÁFICA 14

Fuente: Elaboración propia recopilado de Plan Nacional de Desarrollo Bogotá Humana

El objetivo por cumplir en el año 2016 es reducir a 8 muertes por 1000 nacidos vivos, se evidencio una reducción del 20.6 % de la tasa de mortalidad pasando de 12.1 por 1.00nacidos vivos en el 2011 a 9.6 por 1.000 nacidos en el 2001(Véase gráfico 14), 293 niños y niñas no murieron en Bogotá durante este periodo.

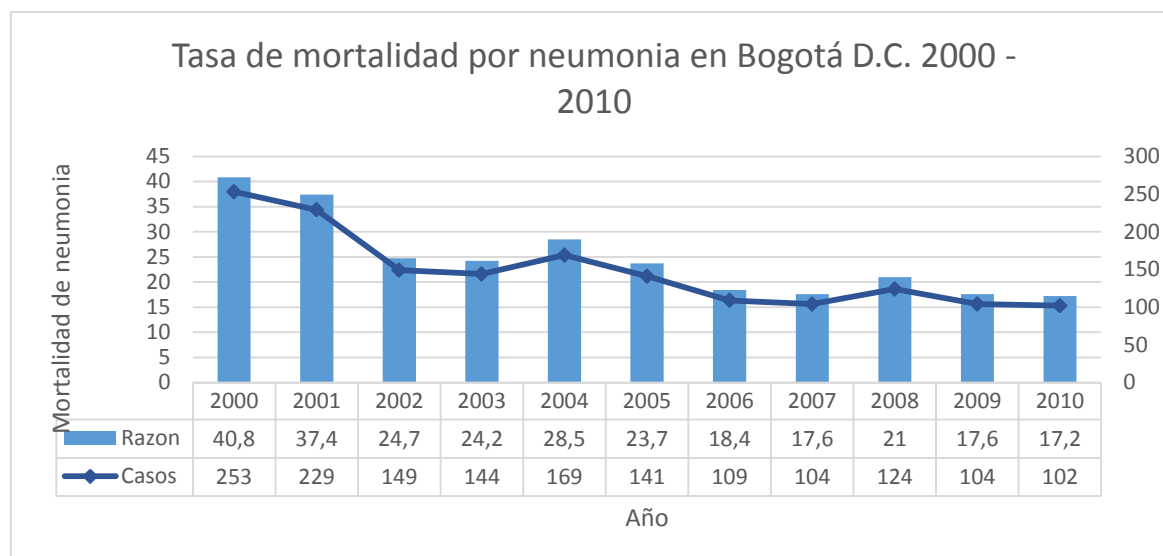
Por primera vez Bogotá redujo la tasa de mortalidad infantil a un dígito llegando a 9.6 por 1000 nacidos vivos, y está por debajo del 50% del último dato disponible, 17.6 en el año 2012.

Análisis comparativo

La tasa de mortalidad infantil refleja una disminución para el periodo 2008-2012 llegando a 11,2 por 1.000 nacidos vivos, mientras que en el periodo 2012-2016 da como resultado una tasa de 9.6 cumpliendo los objetivos del milenio y el objetivo del plan de desarrollo, aumentando la atención de nacidos en las enfermedades respiratorias agudas en ambos periodos.

BOGOTA POSITIVA

GRÁFICA 15

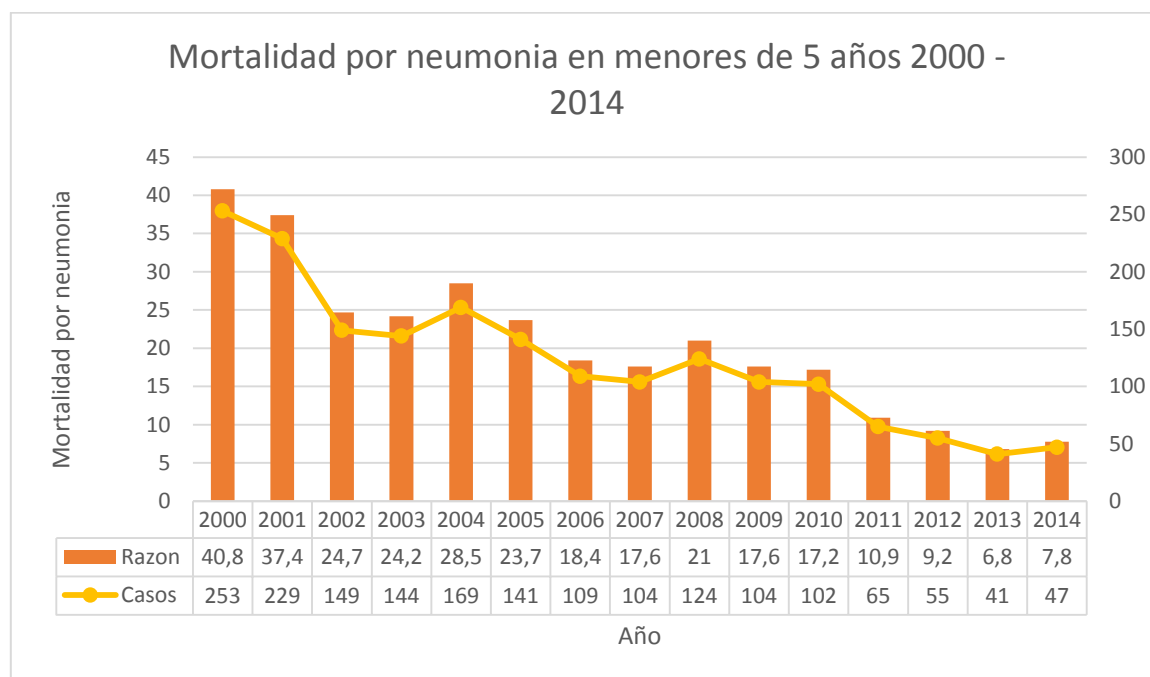


Fuente: Elaboración propia recopilado de Plan Nacional de Desarrollo Bogotá Positiva

La tasa de mortalidad por neumonía se redujo del año 2000 al 2010 pasando de 40.8 por 100.000 menores de 5 años a 14 por 100.000 menores de 5 años respectivamente. Este comportamiento se produjo gracias al fortalecimiento de la red pública de salud y las acciones realizadas desde los diferentes ámbitos de vida cotidiana. Este indicador del riesgo de morir por este evento por cada 100.000 niños y niñas menores de 5 años. La neumonía es quizás el evento más grave de las llamadas Infecciones Respiratoria Agudas (IRA) por lo cual internacionalmente se toma como indicador trazador, véase gráfico 15.

BOGOTA HUMANA

GRÁFICA 16



Fuente: Elaboración propia recopilado de Plan Nacional de Desarrollo Bogotá Humana

El objetivo en la tasa de mortalidad por neumonía es reducirlo a menos de 9 por cada 100.000 menores de 5 años para el año 2016 .se obtuvo una reducción del 28.4% por neumonía en menores de 5 años, al pasar de 10,9 por 100.000 menores de 5 años en 2011 a 7,8 por 100.000 en 2014. Bogotá durante 2013 paso a 6.8por 100.000 menores de 5 años y en el año 2014 fue de 7.8 por 100.000 menores de 5 años, se cumplió la meta del plan de desarrollo, reducir a 9 por 100.000 menores de 5 años.

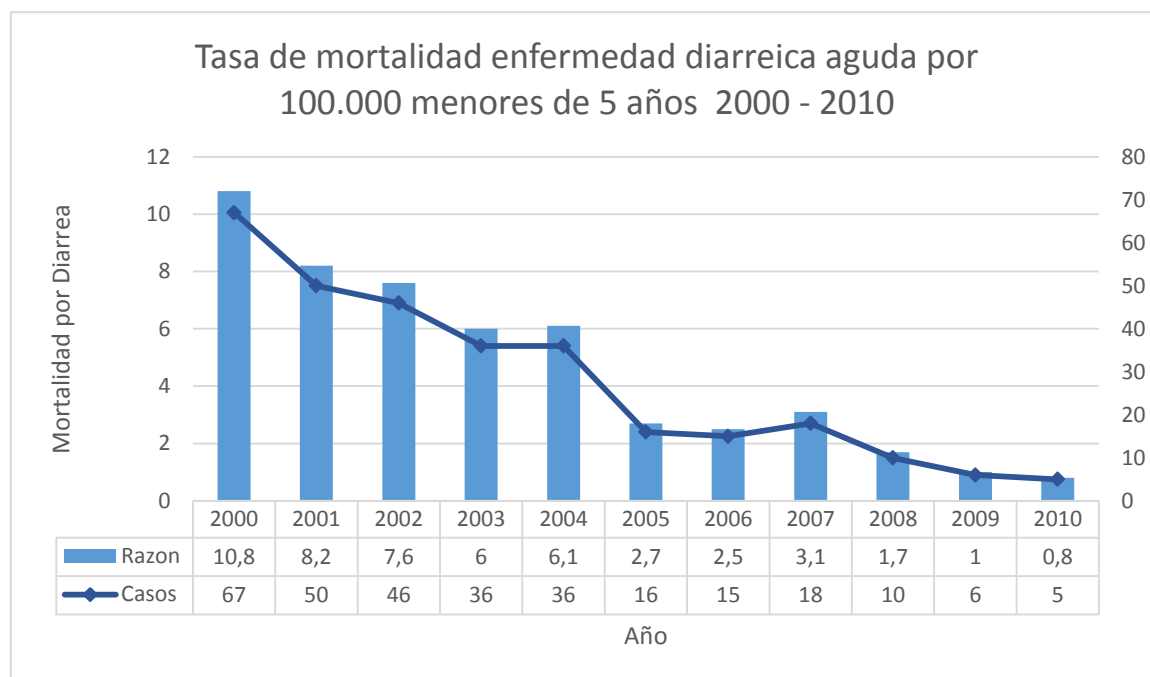
Análisis Comparativo:

Internacionalmente la enfermedad respiratoria por neumonía es un indicador trazador en cada uno de los planes de salud o de desarrollo humano que se estipulen, es de vital importancia resaltar que las ejecuciones en ambos periodos muestran resultados de tendencia bajista, es decir, sus indicadores cada día se acerca más a la meta con la finalidad de erradicarla o tener un sistema preventivo a futuros casos en los niños.

BOGOTÁ POSITIVA

GRÁFICA

17

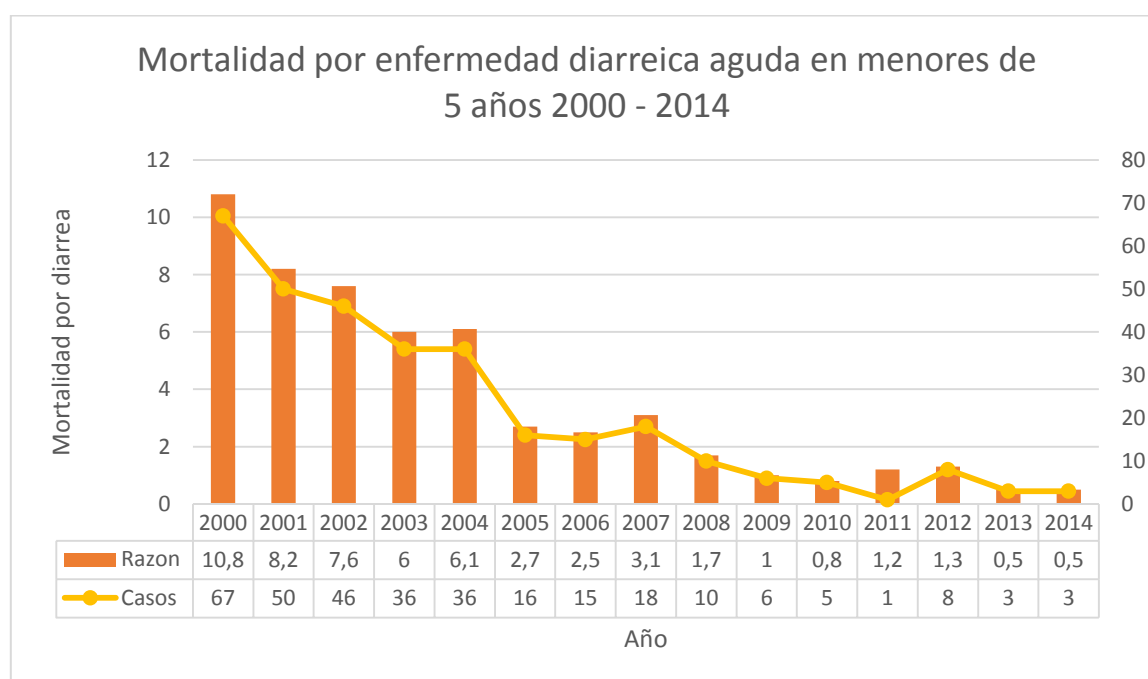


Fuente: Elaboración propia recopilado de Plan Nacional de Desarrollo Bogotá Positiva

La tasa de mortalidad por **Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)** ha venido mostrando un descenso marcado en años anteriores logrando una disminución entre los años 2007 y 2010, pasando de 3,1 a 1,0 caso por 100.000 menores de 5 años, véase gráfica 17

BOGOTÁ HUMANA

GRÁFICA 18



Fuente: Elaboración propia recopilado de Plan Nacional de Desarrollo Bogotá Humana

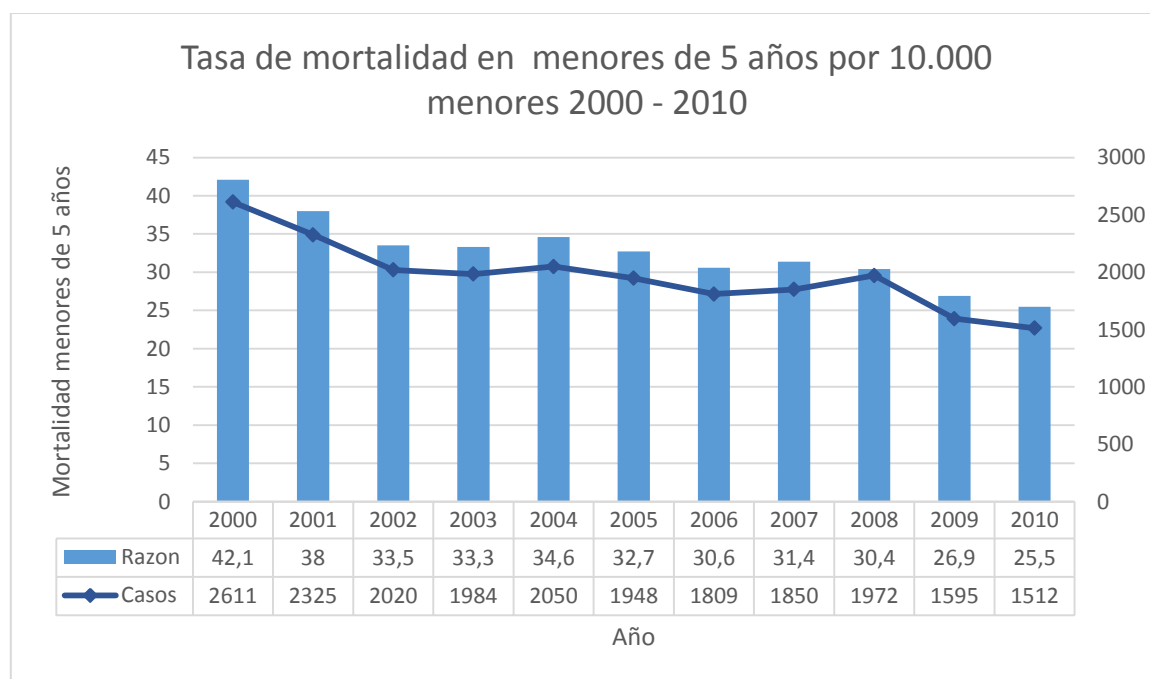
Reducir la mortalidad por enfermedad diarreica en menores de 5 años al 2016, reducción del 58.3% en la tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años, al pasar de 1,2 por 100.000 menores de 5 años en 2011 a 0,5 por 100.000 en 2014 véase grafica 18

Análisis Comparativo:

La enfermedad por diarrea aguda es el indicador en salud con mayor descenso en las enfermedades generales desde el año 2007 al periodo 2010 se logró sostener el indicador en un dígito y hasta el periodo de 2015 sigue presentando disminuciones porcentuales como lo es el 0.5% importantes con la finalidad de cumplir la meta en el plan de desarrollo del periodo Bogotá Humana.

BOGOTÁ POSITIVA

GRÁFICA 19

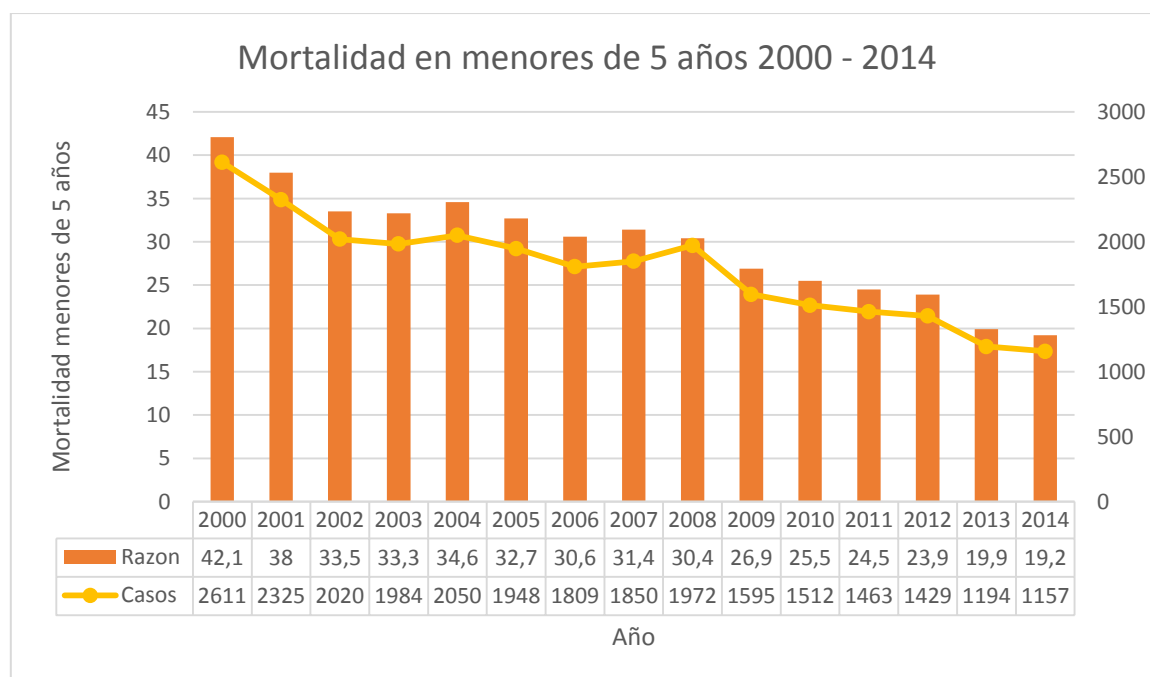


Fuente: Elaboración propia recopilado de Plan Nacional de Desarrollo Bogotá Positiva

Durante el período 2008, 2010 se redujo la tasa de mortalidad en menores de 5 años pasando de 30.4 a 24.5 por 10.000 menores de cinco años, siendo el resultado de una serie de acciones cuyo objeto central es desarrollar estrategias para garantizar una ciudad que protege a los niños y niñas de eventos como accidentes y caídas en el hogar, véase gráfica 19

BOGOTÁ HUMANA

GRÁFICA 20



Fuente: Elaboración propia recopilado de Plan Nacional de Desarrollo Bogotá Humana

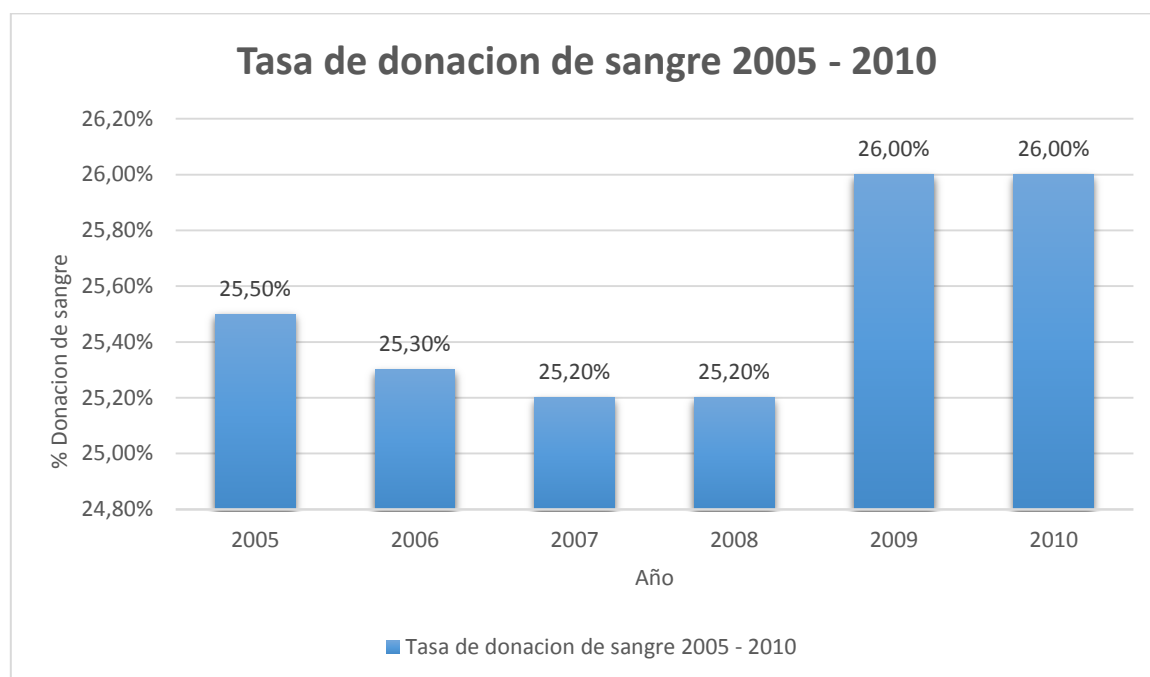
Reducir a 15,7 por 10.000 la tasa de mortalidad en niños y niñas menores de 5 años con la ayuda de la administración del sector, y una reducción del 21,6% en la tasa de mortalidad en menores de 5 años al pasar de 24,5 por cada 100.000 menores de 5 años en el año 2011 y 19,2 en el año 2014 véase en el gráfico 20

Análisis comparativo

En los planes de desarrollo tanto de Bogotá positiva y Bogotá Humana, se enfocaron en la primera infancia tomando acciones que reflejaran una disminución en la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años, reflejando una tasa de 24.5 para el años 2010 y 19.2 a finales del año 2014.

BOGOTÁ POSITIVA

GRÁFICA 21



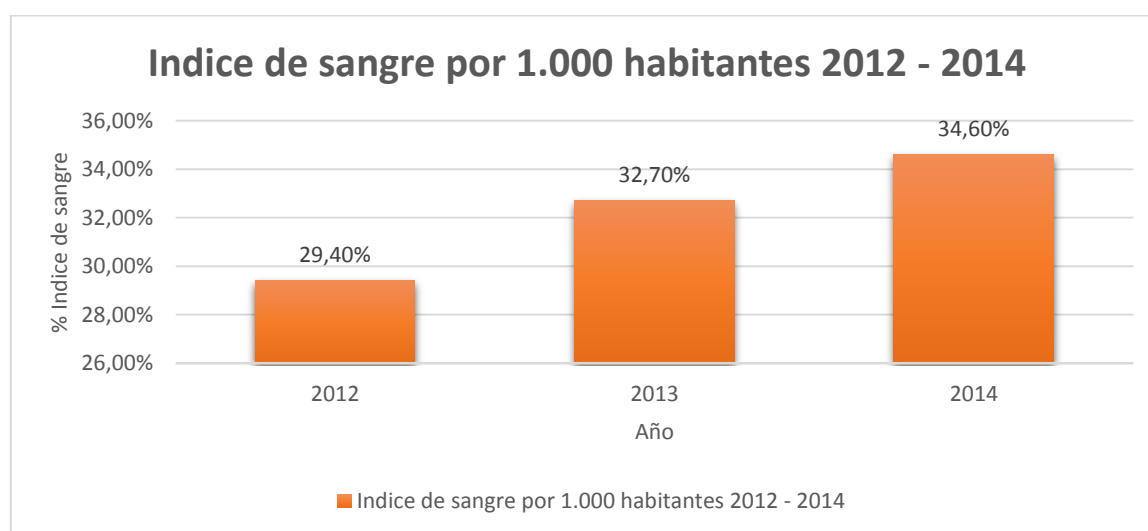
Fuente: Elaboración propia recopilado de Plan Nacional de Desarrollo Bogotá Positiva

En cuanto a donación de sangre, se garantizó la continuidad y el fortalecimiento del Banco de Sangre en el cual opera el más moderno, automatizado y sistematizado Centro de la ciudad y del país, contribuyendo a satisfacer las

necesidades transfusionales en la red hospitalaria de la ciudad y la región con criterios de oportunidad, suficiencia, calidad, seguridad y equidad. La tasa de donación de sangre y hemoderivados, aumentó de manera sostenida desde 2007, pasando de una tasa de 25,2 a 26 por cada 1.000 habitantes, véase gráfico 21

BOGOTÁ HUMANA

GRÁFICA 22



Fuente: Elaboración propia recopilado de Plan Nacional de Desarrollo Bogotá Humana

En el año 2012 y hasta el 30 de septiembre de 2015, se han recolectado más de 1 millón de unidades de sangre en Bogotá que dispone alrededor de 2 millones y medio en componentes sanguíneos como glóbulos rojos, plasmas, crio precipitado y plaquetas suficientes para la ciudad, ayudando con la transfundir a los pacientes en 90 clínicas y hospitales de Bogotá. Durante el período se ha obtenido un índice

de donación de sangre x 1.000 habitantes de 29.4 en 2012, 32.7 en 2013 y 34.6 en 2014 gráfico 22.

Análisis comparativo

La transfusión de sangre es un tema delicado y de baja proporción de donantes, el objetivo de los gobiernos es aumentar las donaciones de sangre para cubrir la demanda de los usuarios, se observa un aumento significativo en los dos gobiernos aumentando los índices de sangre por cada 1.000 habitantes pasando de 26 para el año 2010 a 34.6 para el año 2014.

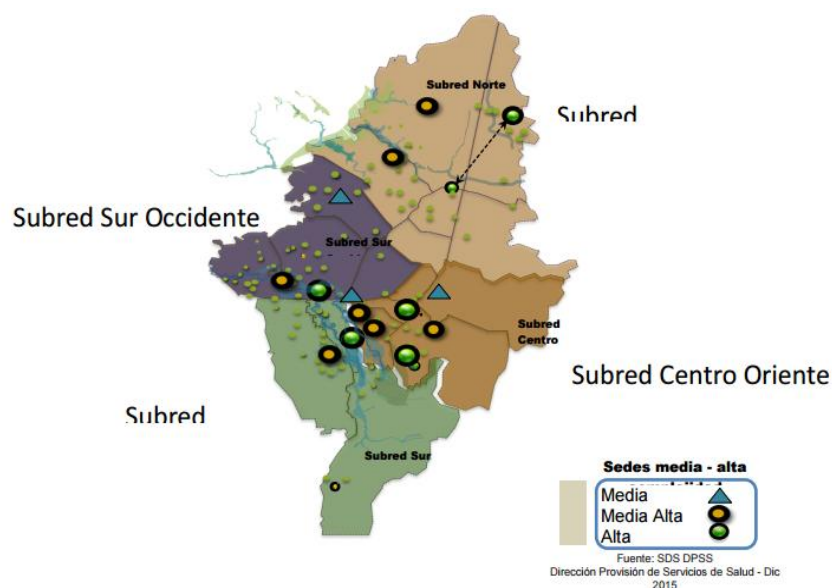
BOGOTÁ POSITIVA

Con la finalidad de continuar con la accesibilidad a los servicios y derechos a la salud, se generó un proyecto en la ciudad para el fortalecimiento de la calidad y eficiencia de la red pública hospitalaria adscrita, con intervenciones de aquellos factores estructurales externos asociados, una configuración al sistema privado de salud y los servicios, en las cuales se resalta las acciones orientadas a la inequidad, en cuanto a su ubicación y distribución de los equipos de salud. En la cual la parte norte tiene un sobredimensionamiento y un alto déficit al sur de la ciudad, a este respecto, se localizan más de las tres cuartas partes del total de la oferta de servicios de salud, el 76%, particularmente en las localidades de Chapinero, Usaquén y Teusaquillo, mientras que en la zona sur solamente se ubica el 9%. Este desequilibrio corresponde al ajuste por población, encontrándose una concentración de 38.7 prestadores por cada 10.000 habitantes en la zona norte y de 4.1 por 10.000

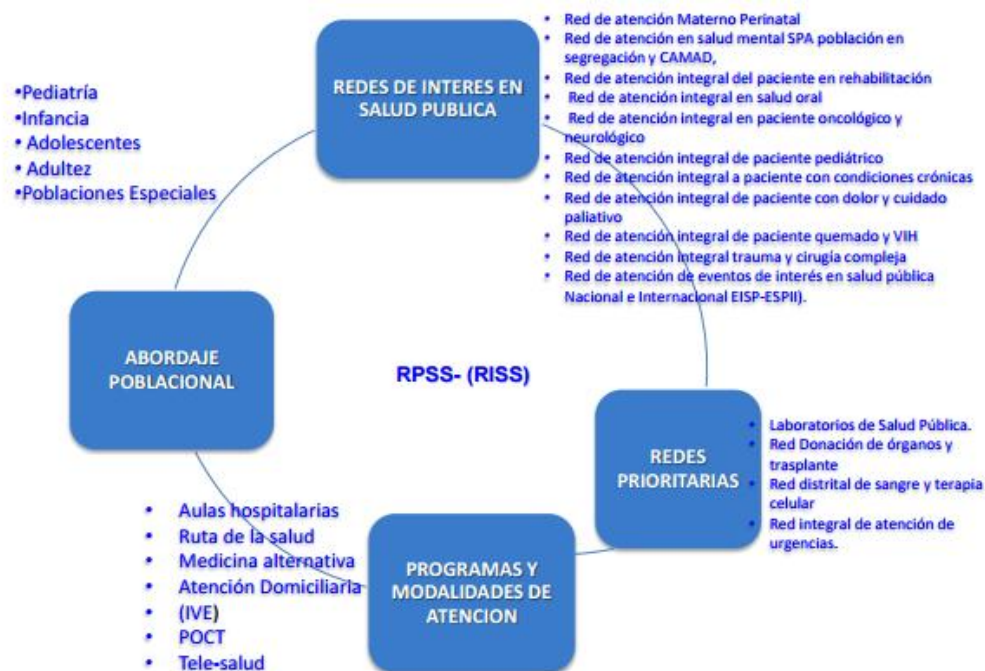
Habitantes en la zona sur, siendo para el total del Bogotá la concentración de 18,3 por cada 10.000 habitantes.

La desactualización tecnológica tiene un fuerte impacto en cuanto a la dotación de la parte hospitalaria y se suma una parte de la infraestructura, el nivel de obsolescencia y deterioro físico de los equipos existentes para otorgar calidad en la prestación de los servicios. La creación y puesta en operación por la empresa promotora de la salud del distrito capital, más conocida como capital salud empresa promotora de salud EPS (Entidades Promotoras De Salud) S.A.S, y que contiene fines de interés social, financiera y administrativa. Con la atención de 450.000 afiliados y en su operación se espera lograr una compra masiva en dispensación y medicamentos de sostenibilidad hospitalaria, garantizando la cobertura de los servicios de salud a través de la red hospitalaria e incrementar el aseguramiento en la ciudad. En materia de infraestructura y dotación de las unidades de la red pública distrital, está la construcción y puesta de operación de los Hospitales de Vista Hermosa, Trinidad Galán, Ecoterapia en Nazareth y Guavio.

BOGOTÁ HUMANA



Con el fin de superar el fraccionamiento del sistema de salud en Bogotá se integraron los hospitales públicos, conformando redes integradas a los servicios de salud y estableciendo a las empresas sociales del estado de alta complejidad, adicional se incluyó las redes de prestación de servicios de salud con las IPS (Instituto Promotora De Salud) públicas y privadas, con el objetivo de reducir los problemas de acceso a los servicios de salud, aumentar la calidad del servicio y garantizar la eficiencia, oportunidad seguridad y pertinencia del sistema.



Fuente: Dirección de Provisión de Servicios de Salud, septiembre 2015

Fuente: Dirección de Provisión de Servicios de Salud, Septiembre 2015

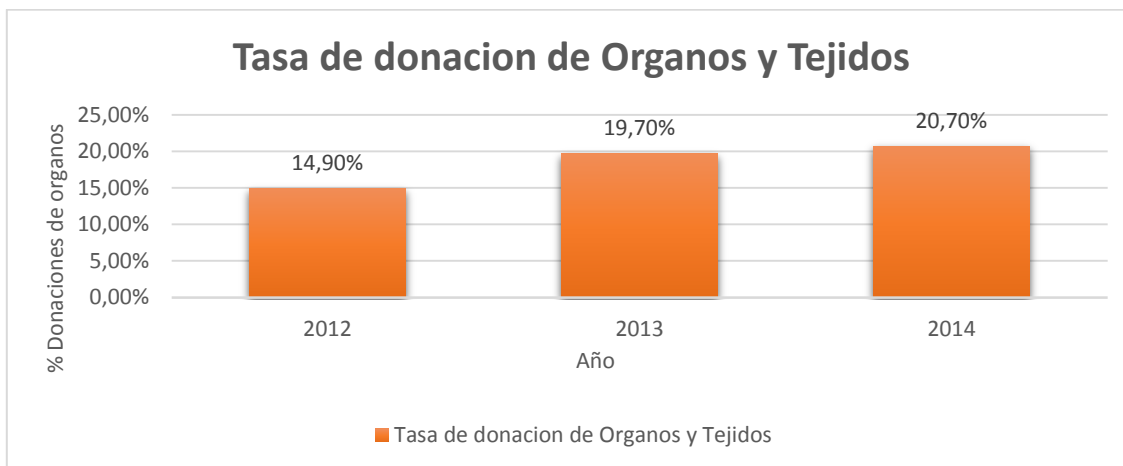
La propuesta de especialización de los servicios de salud es una propuesta que se implementó con el fin de coordinar las redes de carácter funcional que se desempeñan a nivel local.

De igual forma el personal de talento humano, infraestructura física y tecnológica se está fortaleciendo para buscar una mayor resolutive de la red hospitalaria para beneficiar a la población del Distrito Capital en cada una de las localidades denominadas.

BOGOTÁ POSITIVA

Con el fin de disminuir la cantidad de pacientes en espera por un trasplante de órganos el gobierno de Bogotá positiva incorporó el primer banco público de células y tejidos como referente distrital, regional y nacional en el cual se viene almacenando, procesando y distribuyendo corneas para trasplante, y supliendo las necesidades de piel de los pacientes.

Gracias al trabajo de control y regulación de los trasplantes de órganos se benefició a pacientes quienes recibieron órganos, al igual que se contribuyó a la solución de problemas de insuficiencia de órganos, y gracias a esto Bogotá se proyectó como una ciudad como primer referente de investigación y procesamiento de órganos y de tejidos haciendo uso de los últimos avances que en la materia se han registrado en el mundo. Para el año 2011 la meta registraba un nivel de cumplimiento de 78.3%, con el fin de cumplirla en un 100% para el año 2012.

BOGOTÁ HUMANA**GRÁFICA 23**

Fuente: Elaboración propia recopilado de Plan Nacional de Desarrollo Bogotá Humana

Se presentó un aumento del 28% respecto a la tasa de donación de órganos y tejidos, pasando de 14.92 en 2012 a 20.73 en 2014.

Se fortaleció el equipo automotor del programa de APH con la adquisición de nuevas móviles durante los años 2013 – 2015 contribuyendo a la atención y calidad del servicio, se entregaron 53 en el año 2013, 9 en el 2014 y 28 en el año 2015 mediante convenios en el mes de agosto. (Véase grafica 23)

ESTADÍSTICOS Y PRUEBAS

Los códigos están establecidos por el DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas) en la encuesta multipropósito del año 2014, la base de datos se cargó y se realizó al modelo en el programa estadístico Stata versión 12

NPCFP30: Durante los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿Acudió a un servicio de urgencias?

| NPCFP30 | Freq. | Percent | Cum. |
|---------|---------|---------|--------|
| 1 | 9,271 | 6.50 | 6.50 |
| 2 | 133,299 | 93.50 | 100.00 |
| Total | 142,570 | 100.00 | |

Fuente: Elaboración propia recopilado de DANE microdatos, encuesta multipropósito 2014

Según las estadísticas del DANE se evidencian en la encuesta Multipropósito 2014 unos resultados en donde uno (1) muestra la cantidad de personas que asistieron en los últimos 30 días a una consulta médica y fueron un total de 9,271, por otro lado 133.297 personas no utilizaron el servicio.

NPCFP31: ¿Recibió atención médica de urgencias?

Los códigos están establecidos por el DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas) en la encuesta multipropósito del año 2014, la base de datos se cargó y se realizó al modelo en el programa estadístico Stata versión 12

| NPCFP31 | Freq. | Percent | Cum. |
|---------|-------|---------|-------|
| 1 | 8,703 | 93.87 | 93.87 |

| | | | |
|-------|-------|--------|--------|
| 2 | 568 | 6.13 | 100.00 |
| Total | 9,271 | 100.00 | |

Fuente Elaboración propia recopilado de DANE microdatos, encuesta multipropósito 2014

De un total de 9.271 personas que acudieron al servicio de urgencias, de las cuales 8.703 recibieron atención médica, y tan solo 568 no fueron debidamente atendidas, se evidencia que el servicio de urgencias no presenta un alto rezago en la prestación de sus servicios.

NPCFP32: ¿Cuánto tiempo transcurrió entre el momento de llegar al servicio de urgencias y el momento de ser atendido por personal médico?

Los códigos están establecidos por el DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas) en la encuesta multipropósito del año 2014, la base de datos se cargó y se realizó al modelo en el programa estadístico Stata versión 12

| NPCFP32 | Freq. | Percent | Cum. |
|---------|-------|---------|--------|
| 1 | 2,263 | 26.00 | 26.00 |
| 2 | 1,788 | 20.54 | 46.55 |
| 3 | 1,144 | 13.14 | 59.69 |
| 4 | 1,503 | 17.27 | 76.96 |
| 5 | 2,005 | 23.04 | 100.00 |
| Total | 8,703 | 100.00 | |

Fuente: Elaboración propia recopilado de DANE microdatos, encuesta multipropósito 2014

En la estimación entre los tiempos de ser atendido un paciente por parte del personal médico se puede concluir que (1), atendieron inmediatamente un total de 2.263 personas que representa el 26%, sin embargo en el ítem cinco (5), se

puede observar que un 23% se mantuvo en un tiempo de espera superior a dos (2) horas para la utilización del servicio.

NPCFP33A: Durante los ÚLTIMOS 30 DÍAS, utilizó servicios de salud para: a.

Consulta de medicina general

Los códigos están establecidos por el DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas) en la encuesta multipropósito del año 2014, la base de datos se cargó y se realizó al modelo en el programa estadístico Stata versión 12

| NPCFP33A | Freq. | Percent | Cum. |
|----------|---------|---------|--------|
| 1 | 29,871 | 20.95 | 20.95 |
| 2 | 112,699 | 79.05 | 100.00 |
| Total | 142,570 | 100.00 | |

Fuente: Elaboración propia recopilado de DANE microdatos, encuesta multipropósito 2014

Del total de la población encuestada acerca de la asistencia a una consulta médica, se obtuvo un resultado de 29.871 personas que sí efectuaron el servicio de un total de 142.570 de las encuestadas.

NPCFP33AB: Días transcurridos entre la solicitud y la consulta

Los códigos están establecidos por el DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas) en la encuesta multipropósito del año 2014, la base de datos se cargó y se realizó al modelo en el programa estadístico Stata versión 12

| NPCFP33AB | Freq. | Percent | Cum. |
|-----------|-------|---------|-------|
| 0 | 1,105 | 3.70 | 3.70 |
| 1 | 4,342 | 14.54 | 18.24 |
| 2 | 2,921 | 9.78 | 28.02 |

| | | | |
|-------|--------|--------|--------|
| 3 | 3,466 | 11.60 | 39.62 |
| 4 | 1,756 | 5.88 | 45.50 |
| 5 | 1,972 | 6.60 | 52.10 |
| 6 | 640 | 2.14 | 54.24 |
| 7 | 818 | 2.74 | 56.98 |
| 8 | 4,336 | 14.52 | 71.50 |
| 9 | 160 | 0.54 | 72.03 |
| 10 | 900 | 3.01 | 75.05 |
| 11 | 23 | 0.08 | 75.12 |
| 12 | 244 | 0.82 | 75.94 |
| 13 | 76 | 0.25 | 76.19 |
| 14 | 93 | 0.31 | 76.51 |
| 15 | 2,768 | 9.27 | 85.77 |
| 16 | 85 | 0.28 | 86.06 |
| 17 | 22 | 0.07 | 86.13 |
| 18 | 58 | 0.19 | 86.32 |
| 19 | 17 | 0.06 | 86.38 |
| 20 | 1,164 | 3.90 | 90.28 |
| 21 | 10 | 0.03 | 90.31 |
| 22 | 22 | 0.07 | 90.39 |
| 23 | 19 | 0.06 | 90.45 |
| 24 | 22 | 0.07 | 90.52 |
| 25 | 128 | 0.43 | 90.95 |
| 26 | 28 | 0.09 | 91.04 |
| 27 | 17 | 0.06 | 91.10 |
| 28 | 41 | 0.14 | 91.24 |
| 29 | 38 | 0.13 | 91.37 |
| 30 | 2,579 | 8.63 | 100.00 |
| Total | 29,871 | 100.00 | |
| | | | |

Fuente: Elaboración propia recopilado de DANE microdatos, encuesta multipropósito 2014

Estos datos obtenidos entre los días de la solicitud y la consulta, los resultados más altos entre las personas encuestadas fueron de 1 a 8 días donde 4.342 y 4.336 personas fueron atendidas respectivamente.

NPCFP39A: ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

Los códigos están establecidos por el DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas) en la encuesta multipropósito del año 2014, la base de datos se cargó y se realizó al modelo en el programa estadístico Stata versión 12

| NPCFP39A | Freq. | Percent | Cum. |
|----------|-------|---------|-------|
| 1 | 534 | 8.03 | 8.03 |
| 2 | 1,032 | 15.53 | 23.56 |
| 3 | 1,056 | 15.89 | 39.45 |
| 4 | 694 | 10.44 | 49.89 |
| 5 | 921 | 13.86 | 63.75 |
| 6 | 373 | 5.61 | 69.37 |
| 7 | 148 | 2.23 | 71.59 |
| 8 | 145 | 2.18 | 73.77 |
| 9 | 13 | 0.20 | 73.97 |
| 10 | 1,046 | 15.74 | 89.71 |
| 11 | 1 | 0.02 | 89.72 |
| 12 | 67 | 1.01 | 90.73 |
| 13 | 4 | 0.06 | 90.79 |
| 14 | 7 | 0.11 | 90.90 |
| 15 | 132 | 1.99 | 92.88 |
| 16 | 4 | 0.06 | 92.94 |
| 17 | 2 | 0.03 | 92.97 |
| 18 | 9 | 0.14 | 93.11 |
| 19 | 1 | 0.02 | 93.12 |
| 20 | 360 | 5.42 | 98.54 |
| 21 | 1 | 0.02 | 98.56 |
| 22 | 1 | 0.02 | 98.57 |
| 23 | 1 | 0.02 | 98.59 |
| 24 | 12 | 0.18 | 98.77 |
| 25 | 4 | 0.06 | 98.83 |
| 30 | 43 | 0.65 | 99.47 |
| 35 | 4 | 0.06 | 99.53 |
| 36 | 1 | 0.02 | 99.55 |

| | | | |
|-------|-------|--------|--------|
| 39 | 1 | 0.02 | 99.56 |
| 40 | 18 | 0.27 | 99.83 |
| 44 | 1 | 0.02 | 99.85 |
| 47 | 1 | 0.02 | 99.86 |
| 50 | 4 | 0.06 | 99.92 |
| 60 | 5 | 0.08 | 100.00 |
| Total | 6,646 | 100.00 | |

Fuente: Elaboración propia recopilado de DANE microdatos, encuesta multipropósito 2014

De un total de 6.646 personas encuestas acerca del consumo de cigarrillo se observa que 1.046 consumen 10 cigarrillos diarios, a su vez 1.032 y 1.056 fuman 2 y 3 cigarrillos respectivamente, siendo estas las variables más significativas de la muestra utilizada.

NVCBP14F: Vive cerca de un basurero

Los códigos están establecidos por el DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas) en la encuesta multipropósito del año 2014, la base de datos se cargó y se realizó al modelo en el programa estadístico Stata versión 12

| NVCBP14F | Freq. | Percent | Cum. |
|----------|---------|---------|--------|
| 1 | 19,030 | 13.35 | 13.35 |
| 2 | 123,540 | 86.65 | 100.00 |
| Total | 142,570 | 100.00 | |

Fuente: Elaboración propia recopilado de DANE microdatos, encuesta multipropósito 2014

Con respecto al lugar donde reside teniendo en cuenta que uno (1) es si y dos (2) es no, 19.030 personas viven cerca de un basurero y 123.540 no.

NVCBP14J: Vive cerca de un caño de aguas negras

Los códigos están establecidos por el DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas) en la encuesta multipropósito del año 2014, la base de datos se cargó y se realizó al modelo en el programa estadístico Stata versión 12

| NVCBP14J | Freq. | Percent | Cum. |
|----------|---------|---------|--------|
| 1 | 17,861 | 12.53 | 12.53 |
| 2 | 124,709 | 87.47 | 100.00 |
| Total | 142,570 | 100.00 | |

Fuente: Elaboración propia recopilado de DANE microdatos, encuesta multipropósito 2014

La cantidad de personas que habitan cerca de un caño de aguas negras es de 17.861 de un total de 142.570 según la encuesta Multipropósito 2014.

MODELO REGRESIÓN LINEAL

En estadística la regresión lineal o ajuste lineal es un modelo matemático usado para aproximar la relación de dependencia entre una variable dependiente Y, las variables independientes X y un término aleatorio U

REG URGENCIAS ESTRATO DEMOGRAFÍA INGRESO EDAD SEXO

ESTADO_CIVIL

| Source | SS | df | MS | Number of obs = 6680 | | |
|--------------|-------------|-----------|------------|------------------------|------------|-----------|
| | | | | F(6, 6673) = 4.54 | | |
| Model | 113.198.946 | 6 | .18866491 | Prob > F = 0.0001 | | |
| Residual | 277.191.214 | 6673 | .04153922 | R-squared = 0.0041 | | |
| | | | | Adj R-squared = 0.0032 | | |
| Total | 278.323.204 | 6679 | .041671388 | Root MSE = .20381 | | |
| urgencias | Coef. | Std. Err. | t | P>t | [95% Conf. | Interval] |
| estrato | .0025044 | .0027574 | 0.91 | 0.364 | -.002901 | .0079098 |
| demografia | -6.95e-06 | .0001932 | -0.04 | 0.971 | -.0003857 | .0003718 |
| ingreso | -.1578375 | .0456712 | -3.46 | 0.001 | -.2473676 | -.0683073 |
| edad | .0003464 | .0006664 | 0.52 | 0.603 | -.0009599 | .0016528 |
| sexo | .0139026 | .0050014 | 2.78 | 0.005 | .0040982 | .0237069 |
| estado_civil | -.0204615 | .00881 | -2.32 | 0.020 | -.0377318 | -.0031911 |
| _cons | .4288516 | .1032388 | 4.15 | 0.000 | .2264706 | .6312326 |

Fuente: Elaboración propia recopilado de DANE micro datos, encuesta multipropósito 2014

MODELO PROBIT

Estos modelos pertenecen a los modelos de respuesta binaria, es decir, la variable dependiente es una variable dicotómica, donde toma 1 para indicar el éxito en la variable de análisis y 0 en caso de no ser así.

MODELO PROBIT 1

Estos modelos pertenecen a los modelos de respuesta binaria, es decir, la variable dependiente es una variable dicotómica, donde toma 1 para indicar el éxito en la variable de análisis y 0 en caso de no ser así.

PROBIT URGENCIAS ESTRATO DEMOGRAFÍA INGRESO EDAD SEXO

| | | | |
|-----------------------------|---------------|---|--------|
| Probit regression | Number of obs | = | 6680 |
| | LR chi2(6) | = | 20.12 |
| | Prob > chi2 | = | 0.0026 |
| Log likelihood = -1186.3691 | Pseudo R2 | = | 0.0084 |

| Iteration | 0 | log | likelihood | = | -11.964.306 | |
|-------------------|--------------|------------------|------------|---------------|-------------------|------------------|
| Iteration | 1 | log | likelihood | = | -11.868.292 | |
| Iteration | 2 | log | likelihood | = | -11.863.699 | |
| Iteration | 3 | log | likelihood | = | -11.863.691 | |
| Iteration | 4 | log | likelihood | = | -11.863.691 | |
| urgencias | Coef. | Std. Err. | z | P>z | [95% Conf. | Interval] |
| estrato | .0271513 | .0296072 | 0.92 | 0.359 | -.0308778 | .0851803 |
| demografía | -.0001435 | .0020994 | -0.07 | 0.945 | -.0042583 | .0039712 |
| edad | .0035373 | .0068386 | 0.52 | 0.605 | -.009866 | .0169407 |
| sexo | .1542312 | .0549634 | 2.81 | 0.005 | .0465048 | .2619576 |
| _cons | .4101526 | .7622423 | 0.54 | 0.591 | -1.083.815 | 190.412 |

Fuente: Elaboración propia recopilado de DANE microdatos, encuesta multipropósito 2014

En la estimación de este modelo probit uno (1), la base de datos de salud para Bogotá es la encuesta de multipropósito 2014 que contiene datos suficientes para la interpretación del modelo, con esta razón se tiene en cuenta que la variable dependiente Y representa a urgencias y unas variables exógenas (estrato, demografía, edad y sexo), con un total de 6.680 observaciones, se concluye que a medida que el ingreso aumenta en las personas la atención en urgencias mejora, el estrato no es una variable significativa para explicar el comportamiento de la atención en urgencias, es decir, que en este caso se resalta que las urgencias médicas son a nivel general de la gravedad y no del status social.

MODELO PROBIT 2

Estos modelos pertenecen a los modelos de respuesta binaria, es decir, la variable dependiente es una variable dicotómica, donde toma 1 para indicar el éxito en la variable de análisis y 0 en caso de no ser así.

PROBIT ATENCIÓN_URGENCIAS ESTRATO DEMOGRAFÍA INGRESO EDAD

SEXO

| Probit regression | Number of obs | = | 6680 | | | |
|-----------------------------|---------------|-----------|------------|-------|-------------|-----------|
| | LR chi2(6) | = | 6.92 | | | |
| | Prob > chi2 | = | 0.3285 | | | |
| Log likelihood = -366.95047 | Pseudo R2 | = | 0.0093 | | | |
| Iteration | 0 | log | likelihood | = | -3.704.093 | |
| Iteration | 1 | log | likelihood | = | -36.732.616 | |
| Iteration | 2 | log | likelihood | = | -36.695.126 | |
| Iteration | 3 | log | likelihood | = | -36.695.047 | |
| Iteration | 4 | log | likelihood | = | -36.695.047 | |
| atencion_urgencias | Coef. | Std. Err. | z | P>z | [95% Conf. | Interval] |
| estrato | .0927603 | .0475591 | 1.95 | 0.051 | -.0004538 | .1859745 |
| demografia | .0007485 | .0032362 | 0.23 | 0.817 | -.0055943 | .0070913 |
| edad | -.0065678 | .0144303 | -0.46 | 0.649 | -.0348506 | .0217149 |

| | | | | | | |
|--------------|-----------|----------|-------|-------|------------|-----------|
| sexo | .0663664 | .0929939 | 0.71 | 0.475 | -.1158983 | .2486311 |
| _cons | -.4061443 | 118.518 | -0.34 | 0.732 | -2.729.054 | 1.916.766 |

Fuente: Elaboración propia recopilado de DANE microdatos, encuesta

multipropósito 2014

En la estimación de este modelo probit dos (2), la base de datos de salud para Bogotá es la encuesta de multipropósito 2014 que contiene datos suficientes para la interpretación del modelo, se tiene en cuenta que la variable dependiente *Y* representa a atención en urgencias y unas variables exógenas (estrato, demografía, edad y sexo), con un total de 6.680 observaciones, se concluye que la variable ingreso en el modelo probit con una significancia de 0.11, incrementa la calidad del servicio de atención en urgencias por las implicaciones de acceder a un servicio médico más especializado y de mejor calidad, seguido de esto el estrato con un nivel de significancia de 0.051 demuestra la participación en el modelo, esto evidencia una división social que no permite a todas las personas acceder al régimen subsidiado, por ende tiene la capacidad de pertenecer a una institución médica privada, con un servicio especializado de calidad.

MODELO PROBIT 3

Estos modelos pertenecen a los modelos de respuesta binaria, es decir, la variable dependiente es una variable dicotómica, donde toma 1 para indicar el éxito en la variable de análisis y 0 en caso de no ser así.

PROBIT MEDICINA_GENERAL ESTRATO DEMOGRAFÍA INGRESO EDAD

SEXO

| | | | |
|-------------------|---------------|---|------|
| Probit regression | Number of obs | = | 6680 |
|-------------------|---------------|---|------|

| | | | | | | |
|-----------------------------|--------------|------------------|------------|---------------|-------------------|------------------|
| | LR chi2(6) | = | 8.46 | | | |
| | Prob > chi2 | = | 0.2061 | | | |
| Log likelihood = -2824.6635 | Pseudo R2 | = | 0.0015 | | | |
| | | | | | | |
| Iteration | 0 | log | likelihood | = | -28.288.952 | |
| Iteration | 1 | log | likelihood | = | -28.246.694 | |
| Iteration | 2 | log | likelihood | = | -28.246.635 | |
| Iteration | 3 | log | likelihood | = | -28.246.635 | |
| | | | | | | |
| medicina_general | Coef. | Std. Err. | z | P>z | [95% Conf. | Interval] |
| estrato | -.0012552 | .0208052 | -0.06 | 0.952 | -.0420326 | .0395222 |
| demografia | .0001342 | .0014488 | 0.09 | 0.926 | -.0027053 | .0029738 |
| edad | .009036 | .0044964 | 2.01 | 0.044 | .0002232 | .0178487 |
| sexo | .0594292 | .0376171 | 1.58 | 0.114 | -.014299 | .1331574 |
| _cons | -.5172338 | .6992823 | -0.74 | 0.460 | -1.887.802 | .8533343 |

Fuente: Elaboración propia recopilado de DANE microdatos, encuesta multipropósito 2014

En la estimación de este modelo probit tres (3), la base de datos de salud para Bogotá es la encuesta de multipropósito 2014 que contiene datos suficientes para la interpretación del modelo, con esta razón se tiene en cuenta que la variable dependiente *Y* representa a urgencias y unas variables exógenas (estrato, demografía, ingreso, edad y sexo), con un total de 6.680 observaciones, de acuerdo al resultado arrojado por el modelo, se concluye que las variables significativas son el sexo y el ingreso con un nivel de significancia de 0.044 y 0.114 significativamente, esto implica que de acuerdo con el nivel de ingresos puede tomar la decisión de pagar una consulta médica en una institución privada de medicina general o especializada de acuerdo a sus necesidades.

MODELO PROBIT 4

Estos modelos pertenecen a los modelos de respuesta binaria, es decir, la variable dependiente es una variable dicotómica, donde toma 1 para indicar el éxito en la variable de análisis y 0 en caso de no ser así.

PROBIT CONSU_CIGARRILLOS ESTRATO DEMOGRAFÍA INGRESO EDAD

SEXO

| | | | | | | |
|-----------------------------|---------------|------------------|------------|---------------|-------------------|------------------|
| Probit regression | Number of obs | = | 6660 | | | |
| | LR chi2(5) | = | 57.93 | | | |
| | Prob > chi2 | = | 0.0000 | | | |
| Log likelihood = -168.42999 | Pseudo R2 | = | 0.1467 | | | |
| Iteration | 0 | log | likelihood | = | -19.739.425 | |
| Iteration | 1 | log | likelihood | = | -17.352.828 | |
| Iteration | 2 | log | likelihood | = | -16.857.434 | |
| Iteration | 3 | log | likelihood | = | -16.843.023 | |
| Iteration | 4 | log | likelihood | = | -16.842.999 | |
| Iteration | 5 | log | likelihood | = | -16.842.999 | |
| consu_cigarrillos | Coef. | Std. Err. | z | P>z | [95% Conf. | Interval] |
| estrato | .1020362 | .0673342 | 1.52 | 0.130 | -.0299365 | .2340088 |
| demografia | -.0000185 | .0047323 | -0.00 | 0.997 | -.0092936 | .0092567 |
| edad | .036413 | .0073919 | 4.93 | 0.000 | .0219251 | .0509008 |
| sexo | -.6504534 | .183596 | -3.54 | 0.000 | -1.010.295 | .2906119 |
| _cons | -.3852682 | .5656153 | -0.68 | 0.496 | -1.493.854 | .7233173 |

Fuente: Elaboración propia recopilado de DANE microdatos, encuesta multipropósito 2014

En la estimación de este modelo probit cuatro (4), la base de datos de salud para Bogotá es la encuesta de multipropósito 2014 que contiene datos suficientes para la interpretación del modelo, con esta razón se tiene en cuenta que la variable

dependiente Y representa a urgencias y unas variables exógenas (estrato, demografía, ingreso, edad y sexo), con un total de 6.680 observaciones,

CONCLUSIONES

Con la finalidad de concluir el trabajo, se encontró que en la estimación del modelo econométrico probit uno (1) utilizado para analizar la salud pública en Bogotá en los dos periodos de gobierno, que las variables estrato, demografía y edad son significativas en la explicación de la variable dependiente en urgencias, dado que si se genera un aumento en cada una de las variables la prioridad en términos de salud es consecuente haciendo que tenga mayor volumen, se encontró que el sexo no es una prioridad en el modelo y que el ingreso y el estado civil no aplican en la determinación de los resultados.

Para la variable asistencia en urgencias la cual significa la atención al momento de utilizar el servicio, se encontró que los variables estrato, demografía y edad son significativas al momento de determinar la estimación de modelo, a medida que se aumenta las variables mencionadas se aumenta la prioridad en el servicio, seguido de esto se observó que las variables ingreso y estado civil no son significativas en el modelo utilizado.

Con respecto a la asistencia a una consulta médica en los últimos 30 días se concluye que aumenta la atención en el servicio dependiendo de la edad, el

estrato y el sexo ya que son las variables más significativas al momento de acudir a un centro médico, dado que si aumentan se genera un mayor volumen en la prestación del servicio, por otro lado las variables ingreso y estado civil no aplican en el modelo ya que no son significativas en los resultado arrojados.

El consumo de cigarrillos depende de las variables estrato, edad, demografía e ingreso ya que si aumentan alguna de las variables mencionadas se aumenta el consumo de la variable dependiente, por el contrario la variable estado civil no tiene significancia en los resultados en el modelo econométrico.

| | VARIABLES INDEPENDIENTES | | | | | |
|-------------------------------|---------------------------------|-------------|-------------------|-------------|----------------|---------------------|
| Variables Dependientes | Estrato | Sexo | Demografía | Edad | Ingreso | Estado civil |
| Urgencias | + | - | + | + | NA | NA |
| Asistencia urgencias | + | - | + | + | NA | NA |
| Medicina General | + | + | + | + | NA | NA |
| Consumo cigarrillos | + | - | + | + | + | NA |
| Tiempo en urgencias | + | + | + | + | NA | NA |

(+) Relación positiva entre las variables dependientes e independientes

(-) Relación negativa en la significancia de las variables independientes.

DECISIÓN DE POLÍTICA ECONÓMICA

con la finalidad de concluir el trabajo de grado y de tomar una decisión de política económica para la Alcaldía de Bogotá (Mejor Para Todos) del mandato de Enrique Peñalosa Londoño para el año 2016, se concluye que se debe aplicar un incentivo a mayor profundidad en el sector de la Salud, es decir, estudiar la posibilidad de

pasar de un 39% del presupuesto nacional a un mínimo de 45% del mismo, para fortalecer temas de infraestructura, investigación, coberturas y prevención los cuales son los menos favorecidos, sin embargo resaltar una reestructuración en los rubros establecidos por el plan de Gobierno de Juan Manuel Santo presidente electo hasta el año 2018 en Colombia, que permita mitigar el impacto negativo que tiene el país e implementar un mayor cubrimiento de este sector que beneficie a millones de colombianos e incentive una mejor relación entre el ciudadano y la Salud Pública. Por otro lado es importante tener en cuenta que para la Alcaldía de Bogotá D.C 2016, deberá enfrentar los rezagos o huecos que dejan los mandatos anteriores de manera exhaustiva generando planes de contingencia y de mayor apoyo a la sociedad, con la plena intención de proveer mejores servicios e implementación como se ha venido estableciendo en otros sectores en la Economía del país

BIBLIOGRAFÍA

Arango, C (2011), Plan de Desarrollo “Bogotá Positiva: Para vivir mejor” Balance General 2008 – 2011, secretaria Distrital de Planeación.

Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (2014), “Encuesta Multipropósito 2014”, Bogotá D.C.

Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, (2012), “Seguridad Social y Salud Pública”, Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Bogotá D.C.

Departamento Nacional de Planeación (2014), “Bases del plan nacional de desarrollo 2014 – 2018”. Recuperado de: www.colaboracion.dnp.gov.co.

Flechas, A; Maldonado, M; Valencia, M; Muhamad, Flórez, M; Simancas, C; Pulecio, J, (2012 – 2016), “Plan de Desarrollo de Bogotá Humana 2012 – 2016”. Alcaldía Mayor de Bogotá. Bogotá D.C.

López, Dora (2011), “Salud Pública” Universidad Nacional Autónoma de México

Maldonado, H; Sepúlveda, C; (2010), “Caracterización Temática de Salud”. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Bogotá D.C.

Ministerio de Salud (2012), “Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021, La salud en Colombia la construyes tú”, Ministerio de Salud. Bogotá D.C.

Ministerio de salud de Colombia, Bogotá 2016, Recuperado de: www.ins.gov.co

Organización de las Naciones Unidas (2016), “Objetivos de Desarrollo Sostenible”. Organización de las Naciones Unidas, Recuperado de: www.un.org.

Organización Mundial de la Salud (2005), “La salud y los objetivos del desarrollo del milenio”, Organización Mundial de la Salud.

Organización Panamericana de la salud (1995), “Salud y ambiente en el desarrollo humano sostenible de las Américas. Recuperado de: www.bvsde.opsoms.org

Petro, G; Ardila, G; Maldonado, M; Rojas, J; Noriega, E; Asprilla, G; Navarro, A; Bonilla, R; Ruiz, Clarisa; Sánchez, G; Jaramillo, G; Muñoz, T; Ahumada, M;

Secretaria Distrital de la Salud de Bogotá D.C. Subsecretaria de planeación y gestión sectorial. (2015), “Balance General del Plan de Desarrollo Distrital 2012-2016, Bogotá Humana”, Recuperado de: <http://www.saludcapital.gov.co>

Soberón, G (1992), “Evolución y Revolución en Salud”. Fundación Mexicana para la Salud. México, D.F.

Torres, M (2011), “EPS en Colombia: ¿En cuidado crítico o en colapso? Universidad Manuela Beltrán, Bogotá D.C.